GHID TERAPEUTIC

ŞI CLINIC DE DERMATOVENEROLOGIE

EDITURA FACLA

Scanned with OKEN Scanner

GHEORGHE I. COSTEA

Scanned with OKEN Scanner

GHID TERAPEUTIC ŞI CLINIC DE DERMATOVENEROLOGIE

EDITURA FACLA
TIMIŞOARA, 1981

Scanned with OKEN Scanner

CUVÎNT ÎNAINTE

Conceput pe baza leziunilor elementare, materialul grupează dermatozele în 24 capitole mari. La începutul fiecăruia sînt descrise afecțiunile mai frecvent întîlnite în practică, pentru a ușura munca medicilor, care sînt confruntați azi cu un volum mare de informații. De asemenea sînt incluse cele mai noi achiziții ale specialității dermatovenerologice pe baza cercetării întreprinse de subsemnatul și a experienței dobîndite în urma unei activități de asistență medicală de 30 de ani.

Am adunat în această perioadă multe fapte practice pe care am căutat să le redau în prezenta lucrare, împreună cu cele pe care le-am învățat de la dermatologii de frunte ai specialității noastre, de la colegi și nu de puține ori de la cadrele medii ajutătoare.

Am fost medic de circumscripție rurală, organizator de sănătate publică și de cînd lucrez în specialitatea dermatovenerologie m-a preocupat ideea de a întocmi o carte care să ajute efectiv pe medicul de dispensar, să-i mărească șansele de a pune un diagnostic corect și să-i pună la îndemînă o serie de formule de prescripție în tratamentul local. În acest sens, în finalul lucrării am formulat prescripțiile cele mai des utilizate și în cantitățile cel mai frecvent prescrise, ușurînd și în acest fel activitatea medicului.

Colegilor din alte specialități credem că le-am oferit elementele necesare pentru punerea mai ușor a unui diagnostic și efectuarea unui tratament cînd bolnavul pe care îl au sub supraveghere, ambulator sau în staționar, mai prezintă și leziuni la nivelul tegumentelor sau mucoaselor și nu poate apela la dermatolog, fie din lipsa acestuia în teritoriul respectiv sau a imposibilității deplasării bolnavului.

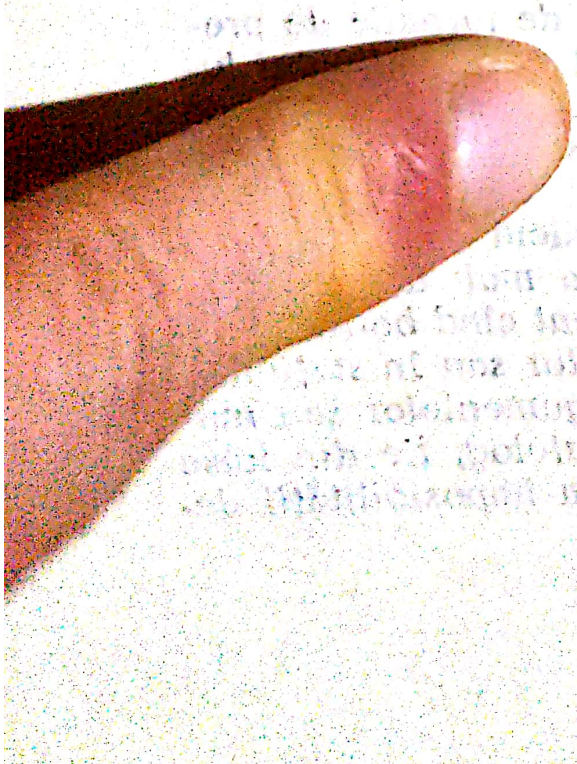
Scanned with OKEN Scanner

Am punctat în final și cîteva elemente privind urgențele în dermatovenorologie, noțiuni de semiologie și histofiziopatologie dintre cele mai importante și mai des întîlnite în practică.

Cartea se adresează medicilor din rețeaua de bază, din dispensarele rurale, urbane, de întreprinderi, medicilor din alte specialități, precum și studenților în medicină.

Sperăm că prin Dermatovenerologie *am adus o mică dar reală contribuție la cunoașterea acestei specialități, la practicarea ei în folosul apărării sănătății populației și la tratarea bolilor de piele și venerice.*

AUTORUL



Scanned with OKEN Scanner

DERMATOZE PRIN MODIFICĂRI DE CULOARE

ERITEMELE. Pot fi generalizate, regionale și circumscrise (de origine mecanică, fizică, chimică, vegetală, parazitară, infecțioasă, vasomotorii (eritroze și cianoze)).

Eritemele generalizate cuprind eritemele scarlatiniforme și morbiliforme.

Eritemele scarlatiniforme înglobează pe lîngă scarlatină erupții scarlatiniforme de origine chimică; apar la începutul sau în cursul tratamentului cu barbiturice, antibiotice, sulfamide, salicilați, săruri de aur, chinină, opiacee, beladonă, digitală etc., sub forma unor plăci mari roșii, uniforme, fără febră, fără semne generale, însoțite adesea de un prurit intens. Erupția este generalizată sau rămîne localizată la anumite regiuni, ca membrele și fața, fără interesarea mucoaselor. Mai rar întîlnim la eritemele scarlatiniforme de origine chimică o cauză profesională sau ocazională, prin contact cutaneo-mucos, inhalare sau absorbție.

Tratamentul se face prin evitarea medicamentului incriminat, desensibilizare nespecifică cu preparate de calciu, hiposulfit de sodiu, iar local o pastă cu apă.

Eritemele morbiliforme se caracterizează prin pete lenticulare, de mărimea unor boabe de linte, roze sau roșii; în acest grup se încadrează rujeola, rubeola, megaleritemul epidemic, exantemul brusc al sugarului; eriteme ale diverselor viroze (virus APC, Coxsackie, virus Echo); mononucleoză infecțioasă, toxoplasmoză, tifos exantematic; de origine medicamentoasă (sulfamide și mai ales ampicilină) și alimentară; rozeolele sifilitică și leproasă.

ROZEOLA SIFILITICĂ apare după 43 zile de la apariția sifilisului primar sau după 63 zile de la contactul infectant, sub forma unor pete roze, rotunde sau ovalare, lenticulare, cu diametru de 5—15 mm, pe trunchi și rădăcina membrelor. Petele nu prezintă scuame, nu sînt pruriginoase. Erupția prinde în mod excepțional fața. Găsim și alte manifestări clinice: un sifilom primar sau cicatricea sa, adenopatie de tip primar (aspect de cloșcă cu pui) sau micropoliadenopatie generalizată cu ganglioni de mărimea unor boabe de mazăre, neinflamatorii, nedureroși în regiunile latero-cervicale, submandibulare, axilare, epitrohleene, inghinale; plăci mucoase, alopecie, cefalee nocturnă. Cînd rozeola a apărut de mai

Scanned with OKEN Scanner

mult timp se pot asocia şi leziuni papuloase, constituind ceea ce sifiligrafii numesc exantem maculopapulos. Erupţia rozeolică poate fi evidenţiată introducînd bolnavul într-o încăpere încălzită, prin frecarea cu palma a tegumentului sau prin administrare de vitamina PP.

Tratamentul se face conform schemei de tratament a Ministerului Sănătăţii, expus la capitolul tratamentului sifilisului.

Redăm în continuare două afecţiuni: megaleritemul epidemic şi exantemul brusc al sugarului, considerate ca a cincea, respectiv a şasea maladie eruptivă a copilăriei, care nu sînt încă prea bine cunoscute şi diagnosticate.

MEGALERITEMUL EPIDEMIC se manifestă la început la faţă, sub formă de pete eritematoase reliefate, care în cîteva ore acoperă obrajii cu o roşeaţă difuză şi intensă, aproape erizepelatoasă, cu respectarea regiunilor peribucale, nazale, periorbitare şi frontale. În al doilea stadiu, erupţia cuprinde membrele, la trei zile după ce erupţia de pe faţă se şterge. Ea începe la rădăcina membrelor şi se extinde la extremităţi cu respectarea palmelor şi plantelor. Erupţia ia şi aici caracterul de pe faţă, dar poate apare şi sub formă de linii şi benzi întretăiate, constituind uneori aspecte de livedo, arabescuri, ghirlande, deci un aspect reticulat, semnul cel mai caracteristic al acestei a cincea maladii. Eritemul descris se accentuează la expunerea la soare, căldură, emoţii. Mucoasele nu sînt interesate, starea generală nu este alterată, hemograma normală. Erupţia dispare în cîteva zile fără să producă descuamaţie. Megaleritemul deşi puţin contagios apare în mici focare în colectivităţi de copii, la cei între 4—12 ani. Incubaţia este între 4—16 zile, afecţiunea este cea mai benignă dintre maladiile eruptive ale copilăriei şi conferă imunitate.

Nu este necesar tratament; copii vor fi izolaţi şi vom căuta să nu irităm tegumentele prin badijonări de alcool sanitar sau alte soluţii iritante.

ERITEMUL BRUSC AL SUGARULUI sau a şasea maladie considerată a fi virală (nu s-a identificat încă virusul), apare la copii sub 2—3 ani, brusc cu febră de 40—41°, însoţită adesea de convulsii, de tulburări gastrointestinale, cu adenopatii cervicale şi occipitale. În a patra zi febra scade brusc şi apare o erupţie de pete roze, palide, pe ceafă, gît şi trunchi cu respectarea feţei şi fără interesarea mucoaselor; nu durează decît maximum 2—3 zile.

Scanned with OKEN Scanner

Cu tot caracterul său alarmant, tradus uneori prin convulsii și apnee, foarte rar o encefalită, afecțiunea este benignă. Are o incubație de 10—15 zile.

Se administrează antipiretice, antibiotice, fenobarbital, care va fi continuat o perioadă de timp sub encefalogramă de control.

ERITEMELE REGIONALE ȘI CIRCUMSCRISE sînt difuze sau bine delimitate.

INTERTRIGO apare sub forma unui eritem localizat în plici; retroauricular, inghinal, interfesier, submamar, abdominal, interdigital. El este de natură microbiană, micotică și levurică.

Intertrigo streptococic se caracterizează prin eritem difuz, care nu depășește suprafețele de contact, cu veziculație, zemuire și cruste subțiri, cu inoculari la distanță. În fundul plicii se găsesc fisuri dureroase, secretînde.

Intertrigo micotic depășește suprafețele de contact, avînd o periferie ușor reliefată, policiclică și cu microvezicule. Se localizează cel mai adesea în plicile inghinale, genitocrurale, interfesiere; are pe suprafața sa scuame, din care se pune în evidență, la examenul microscopic sau la însămînțările pe mediu Sabouraud, ciuperca.

Intertrigo levuric nu depășește suprafețele de contact ale plicilor și apare sub forma unui eritem cu guleraș descuamativ la periferie și un depozit albicios cremos pe suprafața sa, mai ales în fundul plicii. Se întîlnește mai frecvent la diabetici în cel de al 3-lea spațiu interdigital, la mîini sau submamar.

Aceste intertrigouri trebuie deosebite de psoriazisul inversat în care găsim eritem infiltrat, cu limită netă, evoluție cronică, existența unor leziuni eritematoscuamoase psoriazice în alte teritorii, dar mai ales la coate, genunchi, regiunea sacrată sau pielea păroasă a capului.

Tratament. În intertrigo streptococic facem comprese cu soluție de nitrat de argint 1/4000, badijonaj cu soluție cristal violet 1%, pomadă cu tetraciclină 3%, fluocinolon N, iar general antibiotice. În intertrigo micotic badijonaj cu soluție. Castellani, tumizon sau locacorten tar, iar general se administrează griseofulvină de 2 ori 2 tablete pe zi (la 12 ore) împreună cu tartina de pîine cu unt. În intertrigo levuric badijonăm cu soluție alcoolică de nipagin 1%, soluție. Castellani, locacorten vioform sau nidoflor, iar general vitamina B complex o fiolă pe zi, în total 10 zile.

Scanned with OKEN Scanner

În toate cazurile recomandăm evitarea apei și a altor soluții apoase, regim alimentar cu reducerea glucidelor, tratamentul diabetului, dacă este cazul.

ERIZIPELUL apare după o incubație de 6 zile, brusc, cu frison și febră (40°). Este o dermită acută streptococică ce apare spontan sau ca urmare a unei plăgi infectate, a unui ulcer venos de gambă, lupus sau unei infecții a mucoaselor. Placardul de erizipel este roșu viu, cu periferia mai ridicată (burelet marginal), edematos, infiltrat, dureros. Este mai frecvent localizat la față și gambă, face adenopatie regională, iar starea generală este alterată.

Se descriu mai multe forme clinice de erizipel: buloasă, flegmonoasă și hemoragică. În erizipelul gambei de cele mai multe ori poarta de intrare este reprezentată de o epidermofiție interdigitală, care trebuie tratată deoarece altfel erizipelul devine recidivant și duce cu timpul la edem cronic de gambă și chiar la elefantiazis.

Are o evoluție de 7—10 zile și poate lua o alură mai gravă la diabetici, alcoolici, bătrîni.

Tratamentul recomandă repaus la pat, izolare, antibiotice, iar local comprese cu burow 10% și, după calmarea procesului, unguent colargol 10%.

ERITEMELE DE CAUZĂ MECANICĂ apar prin frecarea repetată sau intensă, cu prurit, licenificare și apoi pigmentație. În afara de iritația mecanică, trebuie văzut dacă nu există și un factor de intoleranță la cauciuc (jartiere, mănuși), materiale plastice, vopsele. Aici putem îngloba:

ERITEMUL FESIER AL NOULUI-NĂSCUT, reprezentat printr-o roșeață apărută la contactul cu scutecele înmuiate și dejecții, care dispare la schimbarea frecventă a scutecelor și la pudrajul cu talc. Eritemul mai poate apare însă și după tulburări digestive și erupție dentară. Uneori poate fi de natură infecțioasă, apărînd ca un intertrigo interfesier, cu fisuri, eroziuni, vezicule, pustule, scuame seboreice întinzîndu-se și pe restul tegumentelor, putînd realiza o **eritrodermie descuamativă Leiner-Moussous.** Această dermatită seboreică a sugarului poate fi de natură streptococică, levurică sau produsă de enterococ. Uneori debutul se face în pielea păroasă a capului. În aceste cazuri trebuie făcut un tratament cu antibiotice, vitaminoterapie din grupul B, iar local comprese cu soluție de nitrat de argint 1/4000, pastă cu apă cu cristal 0,10%, unguent cu tetra-

Scanned with OKEN Scanner

ciclină 3%, unguent cloramfenicol 5%, fluocinolon N., iar în pielea capului acid salicilic 1% în oleum helianthi pentru îndepărtarea scuamocrustelor.

ERITEME DE CAUZĂ FIZICĂ pot fi produse de soare, radiații naturale sau artificiale, raze X, căldură, frig, cu topografie pe regiunile expuse acțiunii acestor agenți. Din acest cadru fac parte și *lucitele* produse de radiații scurte violete și ultraviolete, care apar mai ales la blonzi, datorită unor agenți fotosensibilizatori. Agenții fotosensibilizatori pot fi externi — eozina, rhodamina, parfumuri, apă de colonie, pudre și creme parfumate, (care conțin esență de bergamote), sulfamide, crizarobină, coloranți, (derivați de gudron) și agenți fotosensibilizatori interni — alimentari sau medicamentoși —, ca largactil, hematoporfirina (produs de dezintegrare a hemoglobinei), barbiturice.

Cea mai simplă lucită este *eritemul solar*, sub forma unui eritem roșu viu, pe care pot apare puncte hemoragice sau chiar sufuziuni însoțite de senzație de arsură și prurit. Urmează după cîteva zile descuamație. La subiecții fotosensibilizanți apar *eriteme actinice progresive* pe părțile descoperite, în care în plus apare edemul și cu timpul chiar atrofie luînd aspect de eritem pelagroid, lucită de tip lupus eritematos, melanoză Riehl.

Tratamentul local este calmant: pastă cu apă, comprese cu acid boric 5‰, apoi fluocinolon cremă. Vitamina PP dă rezultate bune, la care putem adăuga clorură de calciu, hiposulfit de sodiu, antihistaminice, hidroxiclorochin. Ca tratament profilactic se recomandă purtarea de pălării cu borul lat și aplicarea, dimineața, de creme protectoare antiactinice cu clorhidrat de chinină 10%, antipirină 10%, acid paraaminobenzonic 15%.

PELAGRA ȘI ERITEMELE PELAGROIDE, deși sînt azi rare, se pot totuși întîlni. Sînt afecțiuni carențiale declanșate de expunerea la soare. Simptomatologia este cutanată, digestivă și neuropsihică. Semnele cutanate apar primele pe părțile descoperite, fața dorsală a mîinilor, antebrațe, față, decolteu sub forma unui eritem cu edem presărat cu puncte purpurice, vezicule, bule, fisuri și cruste. Leziunile apar vara și după cîteva săptămîni survine descuamație periferică, pielea devine apoi brună, uscată, erupția atenuîndu-se iarna. Cu timpul tegumentul se subțiază, pigmentează, se ridează, luînd aspect de piele de bătrîn cașectic. Mucoasa bucală devine uscată, roșie, netedă, uneori cu vezicule, ulcerații de aspect aftoid, dureroase și recidivante. Simptomatologia digestivă se manifestă prin

Scanned with OKEN Scanner

anorexie, dispepsie, diaree, dureri gastrointestinale, iar cea neuropsihică prin anxietate, agitație nocturnă, psihoză depresivă, nevralgii, polinevrite. Netratată, pelagra poate duce la caşexie şi la moarte.

Eritemele pelagroide au aceleaşi manifestări cutanate dar le lipsesc, sau sînt minore, manifestările digestive şi cele neuropsihice.

Etiopatogenia recunoaşte carenţe în vitaminele PP, din grupul B (B_1, B_2, B_6), tulburări în metabolismul triptofanului, sensibilizarea la soare.

Tratamentul se face cu tablete vitamina PP 1 g pe zi, în formele severe, pe cale venoasă sau intramusculară în doze de 0,3—0,5 g, diluat în ser fiziologic. Se asociază vitaminele B_1, B_2, B_6, B_{12}, proteine animale, corectarea tulburărilor digestive şi a celor hepatice.

RADIODERMITELE survin la 10—20 zile după o iradiaţie unică, sau după iradiaţii la intervale apropiate, sub forma unui eritem roz sau roşu, cu alopecie temporară şi prurit. După o săptămînă eritemul se atenuează, apare descuamaţie, este înlocuit cu pigmentaţie. Leziunile se calmează cu pastă cu apă, pomezi cu preparate cortizonice.

DEGERĂTURI (eritem pernio). În sezonul rece apar pe mîini, nas, urechi, plăci roze violacee, uşor tumefiate şi infiltrate, bine delimitate sau difuze. Tegumentul la acest nivel este neted întins, lucitor şi rece, iar la vitropresiune culoarea roşie-violacee dispare. Subiectiv bolnavii acuză prurit, care se transformă în durere cînd încălzirea se face brusc. Pe aceste leziuni pot apare bule, piodermizări. În etiopatogenie intervine frigul, mai ales cel umed, terenul tuberculos, tulburările vasculare, tulburările endocrine, ovariene şi tiroidiene, factorii alimentari şi vitaminici (insuficienţa grăsimilor în alimentaţie ca şi a vitaminelor PP, A, D, B).

Tratamentul trebuie să prevadă încălzirea progresivă (fricţiuni cu zăpadă, apoi cu apă rece şi apoi cu apă caldă), îmbrăcăminte şi încălţăminte călduroasă, gimnastică a mîinilor şi picioarelor, fricţiuni cu soluţii alcoolice de tanin 5%, aplicaţii de pomezi cu vitamina A şi D, neopreol, jecolan, iar pe leziunile infectate soluţie cristal violet. Tratamentul general prevede combaterea modificărilor favorizante ale macroorganismului pentru degerături si anume alimentaţie nutritivă, medicaţie cu fier, calciu, opoterapie, vitamine B_1, PP, D_2, K, glicocol.

Scanned with OKEN Scanner

ERITEME DE CAUZĂ CHIMICĂ

DERMITELE ARTIFICIALE ERITEMATOASE sînt bine delimitate, marginile și forma corespunzînd zonei de aplicare a substanței nocive. Sînt de culoare roz pînă la roșu viu și au tendință de a deveni, în continuare, edematoase, veziculo-buloase. Pot fi produse de substanțe caustice sau revulsive, așa cum sînt acizii, bazele, clorurile de etil și de metil, cloroformul, terebentina, tinctura de iod etc. Crisarobina, care provine din trunchiul de Andira araroba din Brazilia (pudra de Goa), provoacă o reacție eritematoasă cu atît mai pronunțată cu cît concentrația medicamentului este mai ridicată; din această cauză în tratamentul psoriazisului se folosește în concentrații de 0,25—2 g % în pastă sau pomadă. Aplicată pe zone întinse și în concentrații mari crizarobina poate produce chiar eritrodermii.

Tratamentul în aceste dermite chimice se face prin suprimarea imediată a agentului nociv. Local se aplică liniment oleum zincat, pastă cu apă, badijonaj cu soluție mercurocrom 1%, iar ca tratament general desensibilizare nespecifică cu preparate de calciu, antihistaminice de sinteză.

În afara acestor dermite artificiale eritematoase putem întîlni *erupții medicamentoase de tip eritem polimorf*, după ingerarea sau injectarea diverselor medicamente: antipirină, salicilat de sodiu, fenolftaleină, aspirină, barbiturice, sulfamide, săruri de aur etc., numite în trecut toxidermii medicamentoase. Erupțiile sînt eritematoase, ușor edematoase, uneori și buloase putînd persista cîteva zile sau săptămîni, reapărînd pe aceleași locuri în cazul repetării medicației *(eritem fix medicamentos)*, ca, de exemplu, după administrarea antipirinei, piramidonului, fenolftaleinei. Tratamentul se face ca mai sus.

ERITEMELE DE ORIGINE VEGETALĂ se aseamănă cu cele chimice.

ERITEMELE DE ORIGINE PARAZITARĂ provocate de pureci, plosnițe au un punct central purpuric; căpușele determină prin inocularea de germeni și viruși eritem cronic migrans. Eriteme mai pot produce omizile, păianjenii, meduzele, cuiburile de omizi. Tratamentul este calmant cu pastă cu apă, antihistaminice.

Scanned with OKEN Scanner

ERITEME DE ORIGINE INFECȚIOASĂ. În afara erizipelului descris anterior mai notăm:

ERIZIPELOIDUL, descris de Baker-Rosenbach, care se localizează pe degetele mîinilor sub forma unei plăci roșii-albăstruie, violacee, centrată de o pustulă hemoragică sau o bulă, care apare în jurul unei plăgi, unei porți de intrare. Bolnavii acuză senzații de tensiune și arsură. Erizipeloidul este produs de bacilul rougetul porcului, gram pozitiv, dar contaminarea se poate face și de la alte mamifere, păsări, pești, crustacee, după o incubație de 2—5 zile. Evoluția este apiretică, eritemul dispărînd chiar fără tratament în 2—3 săptămîni. Tratamentul general se face cu sulfamide, dar mai ales cu penicilină, iar local pomadă ihtiolată 5—10%.

LEPRA MACULOASĂ se manifestă prin plăci roșii sau roze, uneori violacee, rotunde sau ovalare, inelare sau policiclice, cu tendință la pigmentări, evoluînd spre acromie. Aceste pete se însoțesc de tulburări de sensibilitate la căldură și durere în sensul hipoesteziei sau anesteziei, precum și de leziuni ale nervilor periferici.

ERITEMELE VASOMOTORII

Eritemul emotiv apare mai ales la față după o emoție, bucurie, se asociază adesea cu hiperhidroză; **eritemul de pudoare** care apare în cazul dezbrăcării la un examen medical; sînt eriteme vasomotorii, rezultate ale unor reflexe, cu sediul probabil în diencefal, bulb sau măduva spinării, pe un fond de distonie neuro-vegetativă, indusă de perturbații endocriniene (hipofiză sau ovare).

ERITROZA FACIALĂ apare pe față, pe nas, după mese, consum de alcool, expuneri la soare sau vînt, la femei și bărbați în jurul vîrstei de 45 ani.

ROZACEEA este o eritroză permanentă care se poate asocia cu cuperoza — distensie permanentă a micilor vase superficiale — și cu foliculite, realizînd acneea rozacee. La nas leziunile produc *rinofima,* adică un nas mărit de volum, deformat, pediculat, datorită hiperplaziei conjunctive, vasculare, glandelor sebacee, cu pori dilatați, cu aspect de coajă de portocală. O complicație de temut este keratita rozacee. În etiopatogenia afecțiunii sînt incriminate tulburări gastrointestinale, tulburări endocrine, tulburări nervoase, greșeli de alimentație, expuneri la soare și la vînt. Tratamentul se face acționînd asupra factorilor etiopatogenici: cure de tetraciclină

de 10 zile, cu vitamina B complex, hormonoterapie, vitaminoterapie îndeosebi vitamina B_2, B_6, K, P; tarosin, sedative, corticoterapie în doze mici și cure scurte, antipaludice de sinteză, sulfametin. Regimul alimentar include evitarea alcoolului, condimentelor. Local se recomandă crioterapie și puncte de electrocoagulare pe telangiectazii; comprese cu rezorcină, calde, soluție 1%, pudră cu ihtiol 3%, pomezi cu foliculină, locacorten tar sau tumizon.

MALADIA RAYNAUD este caracterizată prin crize vasomotorii ale mîinilor, uneori ale picioarelor, apărute iarna. Debutează ca o sincopă locală, cînd unul sau mai multe degete devin albicioase, gălbui, reci, însoțite de furnicături, înțepături, urmată la cîteva minute sau ore de asfixiere locală în care degetele se recolorează, devin albăstrui, cianotice, uneori negre, mai ales la extremitatea distală cu accentuarea simptomelor subiective la care se adaugă dureri importante. Accesele sînt uneori numai sincopale, alteori numai asfixice. Apar tulburări trofice reprezentate de flictene cu conținut purulent, microulcerații, cruste, cicatrice deprimate, dure și mai rar necroză mutilantă. Cu timpul pielea degetelor devine uscată, netedă, subțire, ultimele falange se retractă cu alterarea unghiilor, degetele se efilează, atrofia domină scleroza producînd ceea ce se numește acro-sclerozăprogresivă, constituind o tulburare trofică secundară fenomenului Raynaud sau începutul unei sclerodermii de sistem (sclerodactilie).

Etiologia rămîne neprecizată. În formele de origine locală sînt incriminate fistule arteriovenoase, microtraumatisme profesionale, iar în cele de origine regională anomalii scapulohumerale, coaste cervicale, sindromul scalenului anterior (artera subclaviculară este comprimată). Fenomenul Raynaud poate apărea în cursul unor maladii generale, ca sindromul posttraumatic al extremităților, sindromul canalului carpian (întreruperea funcțională a nervului median în loja internă a canalului carpian, de natură traumatică sau reumatismală), în cadrul sclerodactiliei, afecțiuni vasculare (arterite), afecțiuni neurologice centrale sau periferice; crioglobulinemia este destul de frecventă la originea maladiei Raynaud.

Tratamentul este decepționant; se recomandă protecție vestimentară și încălțăminte călduroasă, sedative și tranchilizante, vitamine și îndeosebi Vitamina B_6, vasodilatatoare, acetilcolină, clorhidrat de iohimbină, priscol, hydergine, reserpine. Griseofulvina ar avea o acțiune favorabilă, asociată cu hidroxiclorochin, o injecție săptămînal de corticostimulină, infiltrații novocainice a ganglionilor și filetelor simpatice, intervenții chirurgicale pe simpatic.

Scanned with OKEN Scanner

ERITROCIANOZA SUPRAMALEOLARĂ A TINERELOR FETE apare sub forma unor plăci eritemato-violacee pe fața externă a gambelor, supramaleolar, la femei tinere, blonde, cu aspect limfatic, cu extremități adesea reci și cianotice, hiperhidroză cu semne de distonie vago-simpatică, cu keratoză pilară. Notăm la aceste bolnave insuficiențe glandulare, ovariene și tiroidiene, disfuncții hipofizare. Tratamentul se face prin masaj cu o pomadă iodată 1%, gimnastică de flexie și extensie a picioarelor, fașă elastică aplicată dimineața înainte de coborîrea din pat. Opoterapia, din care cea tiroidiană, cu doze mici de extract tiroidian și cure prelungite, este cea mai eficace; preparate de calciu, vitamină D_2, medicație antituberculoasă, acolo unde găsim antecedente bacilare sau unde leziunile eritemato-violacee se însoțesc de infiltrații subcutanate.

ERYTROMELALGIE (Maladia Weir Mitchell) apare la adulți printr-o durere bruscă, ca o arsură pulsatilă, exacerbată de căldură și calmată de apă rece, la nivelul extremităților, care iau o culoare roșie vie, violacee, cu temperatură locală crescută, nodozități, hiperhidroză, tulburări senzitive hipo sau hiperestezice. Criza durează de la cîteva minute la cîteva ore. În etiopatogenia afecțiunii intervine sistemul neuroendocrin, perturbații endocrine, afecțiunile sistemului nervos, distonii ale sistemului nervos vegetativ, infecțiile, intoxicațiile, traumatismele, diversele tulburări metabolice. Tratamentul se face acționînd asupra acestor cauze. În criza dureroasă se aplică apă rece, ghiață, adrenalină, diatermie, infiltrații cu novocaină, xilină a ganglionilor simpatici, opoterapie, sedative nervoase.

SINDROM CARCINOID apare la bolnavii cu tumori carcinoide ale intestinului subțire sau ale bronhiilor cu metastaze hepatice sub forma unor pusee congestive ale feței și decolteului, care apar neașteptat, cu senzații de căldură, care se generalizează uneori pe tegument, pe mucoasele bucofaringiană și oculară (arsură a limbii, salivație, roșeață conjunctivală, lăcrimare). Aceste bufeuri congestive se asociază cu neliniște, furnicături ale mîinilor, tahicardie, dureri epigastrice, diaree, dispnee, cefalee. Acestor pusee congestive le pot urma manifestări cutanate cronice, sub forma unei eritroze permanente pe aceleași teritorii cu respectarea mentonului, regiunii peribucale și periorbitare și în formele generalizate, a extremităților, zonelor de presiune (centură, bretele, sutien). Evoluția este lentă, diagnosticul este foarte dificil, trebuind a fi diferențiat de eritemele emotive, rozacee, etilism, lucite, lupus eritematos, dermatomiozită, pelagră etc. În precizarea diagnosticului trebuie efectuat examenul

radiologic al tubului digestiv, al toracelui, palparea ficatului, scintigrafia hepatică și puncția biopsie a ficatului ca și arterografia trunchiului celiac. Tratamentul constă în exereza chirurgicală a tumorii, radioterapie, chimioterapie antitumorală (alkeran) bine tolerat și antiserotoninic.

PURPURELE sînt afecțiuni caracterizate prin pete hemoragice, care nu dispar la vitropresiune; petele cu timpul se transformă în brune și gălbui, prin transformarea hemoglobinei în hemosiderină ce trebuie deosebită de melanină.

Purpurele se împart în dermatologice, vasculare pure, trombopenice, secundare sau asociate și constituționale sau ereditare.

Purpurele dermatologice sînt întîlnite mai frecvent sub forma *purpurei eczematoide (eczematide purpurice)*, descrisă de Doukas și Capetanakis, cu pete purpurice, telangiectazii, scuame, care debutează la glezne și se extind din aproape în aproape pe gambe, coapse și chiar partea inferioară a abdomenului. Leziunile sînt pruriginoase și determină lichenificări. În etiologia afecțiunii sînt incriminați factori microbieni, micotici, alimentari, chimici. În acest grup de purpure dermatologice se descriu angiodermitele purpurice și pigmentate (capilarite purpurice esențiale);

— *dermita ocră a membrelor inferioare (Favre și Chais)* se observă sub forma unei plăci brune-gălbui, în jumătatea inferioară a gambelor, cu marginile slab delimitate, la care se pot asocia zone de atrofie albă, dermatoscleroză. Pe aceste leziuni survin ulcere venoase cronice. Pot fi observate interesări cardioaortice, renale, hipertensiune;

— *dermita lichenoidă purpurică și pigmentată (Gougerot și Blum)* este o varietate a dermitei ocră, la care se adaugă numeroase mici papule rotunde, netede, strălucitoare, cu scuame fine și prurit;

— *dermatita pigmentară progresivă (Schamberg)* apare mai ales pe gambe, la început sub forma unor pete mici rotunde sau neregulate, de culoare roșie-cărămizie, care cu timpul formează placarde roșii-brune, petele purpurice rămînînd la periferie. Extensia centrifugă și lentă, cronicitatea (durează 3—4 ani) îi conferă caracter particular.

Tratamentul recomandă utilizarea de antibiotice în prezența unor factori infecțioși, asanarea focarelor de infecție, eliminarea factorilor toxici, vitamina P, C, desensibilizante nespecifice antihistaminice, iar local pomezi și creme cu preparate cortizonice.

Purpura anulară telangiectazică Majocchi survine la tineri, sub forma a două sau trei plăci formate din mici ectazii capilare, în

care la început punctele purpurice sînt puține dar apoi se multiplică. Leziunile se extind centrifug, iau aspect anular, cu ștergerea progresivă centrală, care devine gălbuie. Evoluția durează de la cîteva luni la cîțiva ani, după care pielea revine la normal.

Purpure vasculare simple. Purpura reumatoidă (syndrom Schönlein-Henoch) apare la copii și adolescenți, îndeosebi de sex feminin, sub forma de peteșii, localizate pe membrele inferioare, de mărimea unor gămălii de ac pînă la cea a unui bob de linte. Aceste pete iau o culoare brun-gălbuie și dispar după opt zile. Puseele se pot repeta mai multe săptămîni, explicînd polimorfismul pe care-l întîlnim cînd alături de pete eritematoase, peteșii, găsim uneori papule pseudo-urticariene, pete brune. Bolnavii fac edeme la mîini, față, în regiunile periarticulare. Erupția peteșială dispare în repaus la pat, ca să reapară în ortostatism. Copiii, mai ales, fac un sindrom abdominal dureros cu vărsături, diaree, colici. Găsim de asemenea dureri articulare, febră moderată, hemoragii digestive sau renale. Prognosticul este benign, erupția dispărînd în cîteva săptămîni. Tratamentul necesită repaus la pat, corticoterapie generală, antibiotice cînd există un focar de infecție.

Purpure trombopenice sînt produse de cauze variate, dar ele se caracterizează prin trombopenie: timp de sîngerare foarte prelungit, retracția chiagului defectuoasă, semnul garoului pozitiv. Trombelastograma arată semnele unui deficit plachetar. Timpul de coagulare normal sau ușor mărit. Aceste purpure se traduc prin hemoragii cutanate, mucoase și uneori digestive.

— *maladia Werlhoff — forma acută a copilului* survine între 3—8 ani, precedată de rinofaringită sau infecție generală, sub formă de erupție peteșială sau de tip echimotic, la care se asociază adesea bule hemoragice ale mucoasei bucale, epistaxis, hemoragii digesitve. Vindecarea survine după cîteva zile sau săptămîni fără sechele si fără recidive. Febra normală sau puțin ridicată, trombopenia prezentă, iar testele sangvine confirmă tulburările hemostazei.

Purpura trombopenică cronică (hemogenie) apare în a doua copilărie sau la adult, predominînd la sexul feminin. Purpura este discretă, redusă la cîteva peteșii, alteori abundentă; hemoragii repetate atrag atenția; epistaxis, gingivoragii, menoragii, metroragii, trombopenia are titrul variabil. Această formă are un prognostic mai serios ca forma acută. Se incriminează în aceste purpure un mecanism autoimun, ceea ce ne îndreptățește să utilizăm imunodepresive;

— *purpura fulminans (Henoch)* este o formă supraacută trombopenică, echimotică, invadantă, însoțită de febră ridicată și alte-

Scanned with OKEN Scanner

rarea stării generale, cu diverse hemoragii, ce survin mai ales la copii, terminîndu-se în majoritatea cazurilor cu exitus în 2—3 zile. Afecțiunea se datorește septicemiilor și îndeosebi meningococului, unei coagulări intravasculare diseminate. Tratamentul se face cu antibiotice, perfuzii cu hidrocortizon, heparină.

Purpure secundare. Purpure infecțioase apar datorită meningococului, streptococului, stafilococului, virusurilor (rujeolei, rubeolei, hepatitei, gripei), bacilului Koch. Se mai întîlnesc în endocarditele lente (maladia Osler), paludism, sifilis.

Purpure medicamentoase toxice și alergice sînt nefebrile, apar după săruri de aur, arsenic, cloramfenicol, sulfamide, piramidon, antipirină, salicilat de sodiu, chinină, barbiturice, iod, antihistaminice. Unele pot fi de natură profesională: la benzol, insecticide, radiații ionizante.

Purpure în hemopatii în leucoze acute, aplazii medulare, anemii hemolitice, purpure disglobulinemice.

Purpure se mai întîlnesc în crioglobulinemii, în avitaminoze (vitamina C, vitamina P), în afecțiuni cronice viscerale și vasculare.

Purpure constituționale (ereditare). Maladia Fanconi caracterizată prin trombopenie, pancitopenie, aplazie medulară cu distrofii și malformații, tulburări pigmentare.

Trombastenia Glanzmann se transmite în dominanță, prezintă alungirea timpului de sîngerare, irectrabilitatea chiagului, cu plachetele, timpul de coagulare și fibrinogenemia normale.

Maladia Von Willebrand se transmite în dominanță, apare în copilărie și se prelungește la adult, traducîndu-se prin hemoragii repetate adesea grave, cu plachetele și retractibilitatea chiagului normale. Timpul de sîngerare este prelungit.

Dermatologii mai întîlnesc erupții purpurice în eritemul nodos (care mai e denumit și dermită contuziformă), parapsoriazis Mucha, amiloidoză cutanată, sifilis secundar, periarterita nodoasă, maladia trisimptomatică Gougerot.

DISCROMII cuprind *acromii* — apărute ca urmare a diminuării sau absenței melanocitelor în stratul bazal al epidermei și *hipercomii* datorită unui exces de melanină în piele.

ACROMII se împart în acromii primitive, secundare și congenitale.

VITILIGO este afecțiunea cea mai frecventă, apărută primitiv sub forma unor plăci albe, bine delimitate, înconjurate de o zonă hiperpigmentată (leucomelanodermie). Localizarea în pielea păroasă

Scanned with OKEN Scanner

a capului produce o meşă albicioasă, firele de păr de la nivelul plăcilor acromice se decolorează fără să cadă. Vitiligo nu are nici descuamaţie, nici modificări scleroatrofice, rareori prurit sau arsură. Localizarea este variată, distribuţia este bilaterală cu interesarea mai adesea a mîinilor, antebraţelor, periorbitar, peribucal, organe genitale etc. Afecţiunea apare după un şoc, traumatism, expunere la soare sau fără o cauză precizată. Se accentuează vara şi se ameliorează iarna ; uneori se extinde rapid, repigmentările sînt limitate şi parţiale, plăcile vitiliginoase ale feţei dispărînd mai uşor ca în celelalte localizări.

Tratamentul se face cu meladinină, meladinină compositum 1—4 tablete pe zi, în 1—2 prize, urmată după 2—3 ore de expunere gradată la soare sau la raze ultraviolete. Pentru a fi mai bine tolerată meladinina, unii asociază prednison 10—15 mg zilnic. Local se utilizează, cu multă atenţie, badijonaj cu soluţie slabă de meladinină şi expunere foarte scurtă la soare, începînd cu trei pînă la 15 secunde, deoarece altfel pot surveni bule urmate de ulceraţii. Se mai poate utiliza esenţa de bergamote 25% în alcool de 60° cu expunere de 1—2 minute şi creştere zilnic cu unu pînă la maximum 12 minute.

ACROMII SECUNDARE

PITIRIAZIS VERSICOLOR ACROMIANT. Este o formă clinică de pitiriazis versicolor, care apare după expunere la soare datorită ecranului pe care-l face ciuperca faţă de razele solare sau unei acţiuni chimice a ciupercii. La gratajul cu unghia pe plăcile depigmentate apare o descuamaţie foarte fină. Această formă se ameliorează sau chiar dispare iarna ca să reapară vara. Tratamentul este cel din pitiriazis versicolor, timp mai îndelungat, repetat şi uneori modificat.

PITIRIAZIS ALB (eczematide) se caracterizează prin pete albe de diferite forme şi mărimi, care apar la copii, localizate mai ales pe obraji, peribucal, pe frunte. Ele pot apare şi la adult, localizate oriunde pe tegumente, îndeosebi pe braţe. De cele mai multe ori găsim la copii focare dentare sau în sfera ORL. Diagnosticul este uşurat de existenţa unei faze iniţiale eritematoase şi scuame pitiriaziforme.

LEUCOMELANODERMIA SIFILITICĂ (colierul lui Venus) este o manifestare a sifilisului secundar localizat la gît, la sexul feminin, după rozeolă spre a treia lună de evoluţie a sifilisului, uneori chiar

spre sfîrşitul primului an de boală. Găsim plăci albe, rotunde sau ovalare, bine delimitate încorporate într-o reţea brună sau negricioasă difuză. Este vorba de o acromie postlezională, urmînd unei rozeole. Tratamentul este cel al sifilisului secundar.

PARAPSORIAZIS ÎN PICĂTURĂ LEUCODERMIC se traduce prin papule, pete scuamo-crustoase, înconjurate de o zonă depigmentată, uneori însă elementele de parapsoriazis dispar şi rămîn numai pete albe, mai ales după expunerile la soare. În aceste cazuri diagnosticul trebuie bazat pe anamneză minuţioasă şi diferenţierea faţă de leucomelanodermia sifilitică, pitiriazis versicolor acromiant, pitiriazis alb.

LEPRA ACROMICĂ îmbracă adesea aspectul de vitiligo, dar în lepră există în jurul plăcilor depigmentate o zonă eritematoasă roşie, arămie, adesea ridicată, policiclică, circinată sau arciformă, nervi cubitali îngroşaţi, iar la nivelul plăcilor acromice disociaţie termo-algică. O biopsie se impune în aceste cazuri.

ACROMII PRIN AGENŢI CHIMICI ŞI FIZICI. Depigmentări apar la hidrochinonă la muncitorii din industria mănuşilor de cauciuc, la preparate mercuriale, la nailon, materiale plastice (ciorapi, plasă de păr, brăţară), infiltraţii cu cortizon în care pot surveni şi atrofii. Radiaţiile ionizante pot determina şi ele depigmentări, dar şi hiperpigmentări.

ACROMII CONGENITALE

ALBINISM. Este o acromie generalizată congenitală, care se transmite recesiv autsomic, găsindu-se la toate rasele, anomalia fiind însă rar întîlnită. La albinoşi există un deficit de melanină, melanocitele sînt în număr normal; microscopul electronic a precizat că dezvoltarea melanosomelor este oprită în stadiul II de premelanosomi (Fitzpatrick).

PIEBALDISM (albinism parţial) are un caracter regional, fără atingere oculară, transmiterea ereditară făcîndu-se în dominanţă autosomică, localizarea cea mai frecventă fiind sub formă de meşă triunghiulară în pielea păroasă a capului.

Acromii mai găsim în oligofrenia fenilpiruvică, scleroza tuberoasă Bourneville, maladia Fanconi, nevi acromici.

Scanned with OKEN Scanner

HIPERCROMII. Se împart în hipercromii circumscrise, regionale și generalizate (melanodermii).

HIPERCROMII CIRCUMSCRISE

EFELIDE (pistrui) sînt pete mici, pînă la mărimea unui bob de linte, de culoare gălbui-brună, cu contur net, frecvente la blonzi, care apar în centrul feței, pe pomeți și părțile laterale ale nasului, frunte, decolteu, brațe și antebrațe, pe părțile expuse la soare. Sînt adesea familiale (transmisiune în dominanță regulată autosomică). Tratamentul este decepționant; se aplică unguent cu Pp alb de mercur 5—10%, crioterapie fină, creme antisolare.

PETE SENILE ALE MÎINILOR, apar după 50 ani, se localizează pe fața lor dorsală sub forma unor elemente, bine delimitate, cu diametru de 2—15 mm, de culoare gălbuie sau brună. Sînt netede, nu au scuame, nu sînt keratozice și nici atrofice. Uneori devin rugoase sau chiar keratozice, transformîndu-se în veruci seboreice sau keratoză senilă. Tratamentul indică crioterapie, electrocoagulare fină în unele cazuri.

PLĂCI ERITEMATO-PIGMENTARE FIXE apar cel mai frecvent după administrarea de antipirină, amidopirină, fenolftaleină, care se găsesc în compoziția antinevralgicelor, antitermicelor, laxativelor, mai rar la sulfamide, sulfone, chinină, antimalarice de sinteză, penicilină, tetraciclină, fenotiazine etc. Plăcile sînt violacee, brune sau negre, rotunde sau ovalare, cu diametrul de 2—6 cm, localizate în orice regiune a tegumentului. Uneori în centrul lor apare o bulă, iar mucoasele, îndeosebi balano-prepuțială, pot fi interesate. Anamneza este foarte importantă pentru a depista substanța ingerată, injectată sau introdusă în organism prin supozitoare, instilații nazale sau oculare. Uneori sînt incriminate produse alimentare sau pastele de dinți. Tratamentul recomandă suprimarea medicației în cauză, desensibilizante nespecifice, antihistaminice.

HIPERCROMII CIRCUMSCRISE DE CAUZĂ EXTERNĂ pot fi mecanice (după prurit și grataj), fizice (hipercromie reticulară a fochiștilor și postradioterapică), dar mai frecvente sînt de natură chimică, mai ales după utilizarea de soluții, creme sau pudre cosmetice. Apa de colonie, care conține esență de bergamote, poate produce pigmentații în dîre la locul aplicării preparatului după o expunere la soare. Pigmentații pot apare la contactul cu plante ombelifere, ca și la meladinină și compușii săi.

Scanned with OKEN Scanner

În cadrul hipercromiilor circumscrise mai notăm și pigmentațiile, care survin unor dermatoze ca pete reziduale, așa cum întîlnim în lichen ruber plan, care poate fi însă pigmentar d'emblée, sifilis (sifilide nigricante), lepră, lupus tuberculus, lupus eritematos, pemfigus, maladie Duhring Brocq, arsuri, scabie, eczemă, prurigo, ulcer venos de gambă etc.

HIPERCROMII REGIONALE

CLOASMA o întîlnim la femeile gravide, sub forma unor pete pigmentate brune, neregulate, dar net delimitate, localizate pe frunte, pometi respectînd extremitatea nasului, pleoapele și bărbia. Leziuni asemănătoare pot apare și după folosirea timp de mai multe luni a anticoncepționalelor pe bază de steroizi estroprogestativi. Tratamentul cloasmei se face prin administrarea de vitamina B_6, cure alternante de vitamina C și vitamina PP. Local crioterapie cu prudență, creme antisolare.

MELANOZA RIELH este o hipercromie, care apare între 30—50 ani aproape exclusiv la femei, după o expunere la soare, sub forma unui eritem pruriginos, urmat de pigmentație. Hipercromia poate apare și de la început, redusă la cîteva pete și extinzîndu-se apoi pe toată fața, oprindu-se la un centimetru de marginea pielei păroase a capului. Nasul, mentonul și regiunea peribucală nu sînt prinse. Pigmentația are un caracter reticulat și uneori întîlnim papule lichenoide, mici plate și strălucitoare. Afecțiunea are o evoluție de cîțiva ani și prognostic benign. În etiopatogenia bolii, considerată la început ca o „melanoză de război", sînt incriminați: lumina, tulburări digestive, alimente de proastă calitate, factori endocrini, emoționali, precum și produși exogeni (parfum, cosmetice parfumate). Tratamentul se face suprimînd produsele de frumusețe parfumate, protejarea contra soarelui prin creme ecran, sedative, vitamina C, PP, iar în caz de insucces radioterapie înaltă a cefei.

DERMATOZĂ PIGMENTARĂ PERIBUCALĂ (parakeratoză pigmentogenă peribucală) debutează sub forma unui eritem descuamativ, aspect de eczematide, urmată de o pigmentație și descuamație furfuracee. Se localizează pe marginile gurii, mentonului și șanțurile naso-geniene și se însoțește de prurit și uneori de dermită seboreică mediofacială. Se incriminează în etiologie, originea endocrinlană, produse cosmetice (ruj de buze, parfumuri, creme), folo-

Scanned with OKEN Scanner

sirea apei oxigenate pentru albirea părului și expunerea la soare. Tratamentul este hormonal, cu antibiotice, creme cortizonice timp scurt, creme antisolare.

HIPERCROMII GENERALIZATE le întîlnim în cadrul patologiei generale, cel mai adesea în afecțiuni cronice infecțioase sau metabolice.

Melanodermia din maladia Addison este prezentă într-un procent de 95% pe piele și mucoase în această insuficiență suprarenală lentă. Debutează în regiunile hiperpigmentate mameloni, axile, organele genitale, mîini, față, centură, sub formă de pete brune, care se întind și confluează putînd trece la pigmentație difuză generalizată. Pe fondul brun al hipercromiei se observă și zone mai pigmentate, care dau bolnavului un aspect de nespălat. Palmele și plantele sînt respectate, iar pleoapele mai puțin pigmentate. Mucoasa bucală, fața internă a obrajilor, palatul, buzelor, gingiile și chiar limba prezintă pete brune. Găsim simptomele maladiei Addison: astenie, oboseală musculară, tulburări digestive, dureri lombare, hipotensiune arterială. Tratamentul este cel al maladiei Addison.

Alte hipercromii endocriniene apar în maladia Cushing, tumori viscerale, hipertiroidie. De asemenea se pot întîlni în ciroze, în hemocromatoza primitivă (diabet bronzat), la caşectici, la vagabonzi (datorită carențelor nutriționale și parazitozelor).

În cadrul hipercromiilor se mai descriu *reticulozele mastocitare* cu tipul obișnuit și mai cunoscut de *urticarie pigmentară* și *incontinentia pigmenti*.

URTICARIA PIGMENTARĂ apare mai frecvent la copii, mai rar la adulți, sub formă de pete brune, diseminate pe trunchi și membre, în număr variabil, putînd prinde tot tegumentul. Petele sînt rotunde sau ovalare, cu diametru de la cîțiva milimetri la mai mulți centimetri, inconstant pruriginoase. Un semn important este congestionarea urticariană sub influența frecării sau a presiunii cu un stilet cu vîrful bont (semnul lui Darier); apare datorită eliberării de histamină de către mastocite. La copii leziunile au o tentă brună, au o formă alungită cu tendința de a se dispune paralel cu pliurile pielei, erupția dispărînd obișnuit înainte de adolescență. La adulți elementele sînt cel mai adesea de talie mică. Se descriu și forme nodulare la copii, de culoare galbenă, simulînd xantoame (tip xantelasmoid), buloase, în care pe lîngă pete și noduli pot apare bule pemfigoide; mastocitoze cutanate difuze, cutaneo-viscerale, alterații osoase de tip osteite rarefiante și condensante, tulburări di-

Scanned with OKEN Scanner

gestive (gastroenterite), adenopatii, hepato și splenomegalii, s-au observat mai ales la adulți. Urticaria pigmentară la adulți este definitivă, ea nu dispare ca la copii, prognosticul în general este bun, mastocitozele grave fiind rarități. Mastocitozele, în majoritatea lor, apar în primele săptămîni sau luni de viață, iar formele tardive între 40—50 ani. S-au observat cazuri apărute după vaccinări, seroterapie antitetanică, varicelă, erizipel, icter etc. Tratamentul recomandă antihistaminice, corticoterapie, iar local liniment oleum zincat și creme cu preparate cortizonice.

INCONTINENTIA PIGMENTI apare în prima săptămînă de viață sau înainte de șase luni, sub formă de pete eritematoase lenticulare, în benzi sau în placarde, bule, ca manifestarea cea mai frecventă și mai evocatoare a stadiului precoce, care apar pe piele sănătoasă sau pe petele eritematoase, fără prezența semnului lui Nikolsky. În al doilea stadiu apar papule lichenoide, verucozități, care au tendința de a se dispune liniar. Pigmentația este simptomul caracteristic ce urmează celor două stadii anterioare, survine spre luna a șasea, dar poate apare de la început, intricîndu-se cu celelalte erupții. Petele brune sînt dispuse pe fețele laterale ale toracelui și abdomenului, la întîmplare, cu aspect de stropitură. Alopecii în arii au fost notate în 25% din cazuri, anomalii dentare frecvente, rar alterații unghiale. S-au mai găsit leziuni oculare, leziuni ale sistemului nervos central (întîrziere intelectuală, epilepsii, paralizii, oligofrenie). Etiopatogenia nu este precizată; se susține o teorie virală, alta alergică ca și teoria nevică și ereditară. Tratamentul se face cu vitamina A, diiodhidroxyquinoleină, expuneri la razele ultraviolete. Degos a observat și cazuri care au dispărut spontan.

HIPERCROMII NEMELANICE sînt *petele ftiriazice* (macule cerulee) de culoare gri-bleu, presărate pe abdomen și coapse și prezența parazitului phitirius pubis.

Cromidroza este o secreție de sudoare colorată în galben, albastru sau negru mai ales în axile.

Argiria apare după utilizarea argintului coloidal sau săruri de argint (nitrat de argint, colargol, protargol), sub formă de instilații, supozitoare. Tegumentul ia o culoare gri, dar argiria este foarte rară.

Preparatele mercuriale pot da pigmentații gri-brune.

Tatuajele profesionale, accidentele terapeutice sau decorative necesită din motive sociale sau estetice excizia cu bisturiul simplu sau cu ansa diatermică a întregii regiuni, sub anestezie și în mai mulți timpi, în cazul tatuajelor întinse.

Scanned with OKEN Scanner

DERMATOZE ERITEMATOSCUAMOASE

Sînt afecțiuni caracterizate prin pete eritematoase acoperite de la început de scuame.

PSORIAZIS. Este o afecțiune benignă, cu evoluție cronică, necontagioasă, constituită din pete sau placarde eritematoase, bine delimitate acoperite de scuame albicioase, cu etiologie încă neprecizată.

Petele eritematoase sînt netede, suple, neindurate, bine circumscrise, care uneori nu se văd din cauza scuamelor care le acoperă. Uneori elementele tinere din psoriazis gutat sînt papuloase. Scuamele sînt albe sidefii, albe murdar, opace, adesea transparente, au contur precis, ocupînd întreaga pată eritematoasă sau numai centrul ei. Scuamele sînt formate din lamele uscate de dimensiuni și grosimi variabile, care se detașează spontan, producînd la desbrăcare și lăsînd pe așternutul patului o cantitate mai mică sau mai mare de scuame. Uneori scuamele sînt inaparente ,ele fiind reliefate prin grataj. Localizarea electivă și simetrică o găsim mai ales la coate, genunchi, regiunea sacrată și pielea păroasă a capului. De asemenea o mai întîlnim pe fețe de extensie ale membrelor, pe palme și plante, gland, uneori, mai rar, în plicile de flexiune constituind psoriazis inversat. Erupția, la începutul ei, este compusă din elemente punctiforme, cu aspect de papule roșii, puțin sau nescuamoase constituind psoriazis gutat, întîlnit mai ales la copii. Mai adesea găsim leziunile de mărimea unor monezi de 25 bani, 1 sau 3 lei realizînd psoriazis numular. Alteori plăcile au de la început sau secundar, prin vindecare centrală, un aspect de inel — psoriazis anular sau circinat. Plăcile se pot extinde în suprafață sau conflua, realizînd placarde — psoriazis în placarde. De obicei la acești bolnavi găsim erupții de mai multe tipuri, realizînd forma cea mai obișnuită de psoriazis — psoriazis vulgar. Leziunile pot cuprinde întreaga suprafață a tegumentului — psoriazis generalizat sau universal. Plăci

de psoriazis pot apare după zgîrieturi, scarificări, vaccinări, determinînd ceea ce se cunoaşte sub numele de fenomenul lui Köbner. În pielea păroasă a capului firele de păr străbat scuamele fără a fi modificate de aspect. Psoriazisul palmo-plantar este simetric şi se caracterizează prin placarde scuamo-keratozice, net circumscrise cu eritem, care depăşeşte zona scuamoasă; uneori ridicături cornoase şi dure — cori psoriazici —, care îndepărtaţi lasă în urma lor depresiuni în cupolă; alteori realizează o adevărată keratodermie palmo-plantară prin hiperkeratoza, de grosime variabilă, adesea fisurată, cu o margine roşie netă. Unghiile pot prezenta mici depresiuni în cupolă (aspect de degetar de croitor), striaţiuni longitudinale sau transversale, friabilitatea marginei libere, hiperkeratoza subunghială, iar în formele severe de psoriazis eritrodermic şi artropatic unghia se poate ulcera la bază (onicomadeză) sau să devină în totalitate opacă, deformată — pachionichie. Psoriazisul este o afecţiune care poate însoţi pe bolnav toată viaţa, evoluînd în pusee, cu remisiuni de cîteva luni şi chiar ani, rebelă la tratament. Nu lasă cicatrice, uneori locul leziunilor este luat de pete acromice. Erupţia se însoţeşte la unii bolnavi de prurit, mai ales la cei nervoşi sau care consumă alcool.

Diagnosticul de psoriazis se pune uşor şi se bazează pe caracterul leziunilor eritematoscuamoase, localizarea lor îndeosebi la coate, genunchi, regiunea sacrată, pielea păroasă a capului, simetria erupţiei, caracterul cronic şi pe semnele lumînării (spermacetului), al lui Auspitz (sîngerare punctiformă), evidenţierea scuamelor pe leziuni care nu par a fi acoperite de scuame la gratajul metodic a lui Brocq şi fenomenul lui Köbner. Semnul lumînării constă în apariţia unei dungi, albe pulverulente după zgîrierea scuamelor cu un corp ascuţit, ca într-o zgîriere a unei lumînări de spermacet; semnul lui Auspitz apare după gratajul lui Brocq, adică după îndepărtarea scuamelor strat cu strat, sub forma unei sîngerări punctiforme, element de deosebire faţă de alte afecţiuni eritemato-scuamoase în care apare fie o serozitate clară, fie o sîngerare în masă.

Diagnosticul diferenţial trebuie făcut cu sifilidele psoriaziforme, în care găsim papule de culoare roşie-brună, dure; scuama este mai fină şi se detaşează în bloc, iar la gratajul metodic al lui Brocq se produce o sîngerare în masă. Eczematidele psoriaziforme se dispun diseminat, sînt produse de un focar de infecţie, petele eritematoase sînt mai palide, slab delimitate, scuama fină, se detaşează în bloc şi după îndepărtarea ei rămîne o suprafaţă eritematoasă burată de o serozitate minimă. Eczema cronică a avut în cursul evoluţiei sale vezicule şi zemuire, are eritem palid şi se însoţeşte de prurit foarte

Scanned with OKEN Scanner

pronunțat. Lupusul eritematos are, pe lîngă eritem și scuame, atrofii cicatriceale, iar scuama este aderentă, se detașează cu greutate prezentînd pe fața ei inferioară aspectul de limbă de pisică. El se localizează numai pe părțile descoperite. Lichenul ruber plan scuamos are la periferie papule roșii-violacee caracteristice, strălucitoare, altă localizare și prurit mare. Pitiriazis rozat Gibert începe cu o placă maternă, care se localizează fie în partea superioară a toracelui, fie în partea inferioară a abdomenului, după care apar alte plăci cu aspect de medalion, erupția are o coloratie roză, o evoluție de 6—8 săptămîni și se vindecă dînd imunitate. Parapsoriazisul în picătură are scuame fine, care se detașează cu ajutorul unei chiurete sub formă de pecete sau rondelă. Psoriazisul inversat trebuie deosebit de intertrigo microbian, levuric, micotic ale căror caractere au fost descrise anterior. În pielea păroasă a capului trebuie deosebit psoriazisul de micozele pielii păroase în care firele de păr sînt modificate sau rupte, la diferite nivele și cu pitiriazisul simplu în care nu găsim eritem, iar scuamele sînt fine, tărîțoase, diseminate pe toată suprafața pielii păroase a capului.

Complicațiile psoriazisului sînt: eczematizarea, lichenificarea și piodermizarea leziunilor. Se descriu și trei complicații severe considerate de unii ca forme clinice și anume psoriazis eritrodermic, artropatic și pustulos.

Psoriazis eritrodermic apare după un tratament iritant local cu crisarobină în concentrații mari, sau vaselină salicilată în concentrații mari, după un tratament general cu corticoizi sau antipaludice de sinteză, după expuneri la soare, sub forma unui eritem generalizat, cu descuamație abundentă, cu alopecie, căderi de unghii, permanentă senzație de frig, temperatură ridicată, prurit, stare generală alterată.

Psoriazis artropatic apare de obicei la cîțiva ani după leziunile cutanate și interesează articulațiile interfalangiene distale, articulațiile sacroiliace cu deformații și anchiloze, manifestări unghiale frecvente.

Psoriazis pustulos are două forme: generalizat (Zumbusch) cu apariția de pustule amicrobiene pe leziuni de psoriazis sau erupția survine brusc, însoțită de febră ridicată, sub forma unui eritem difuz, care se acoperă în zilele următoare de veziculopustule, uneori confluente, iar după uscarea rapidă a pustulelor apare descuamație lameloasă. Erupția se însoțește de astenie, artralgii, poliadenopatie și are prognostic benign existînd însă și forme severe. O a doua formă este cea de psoriazis pustulos palmoplantar în care găsim

pustule superficiale, dispuse pe un fond eritematos, care recidivează frecvent, lăsînd după uscarea lor suprafețe keratozice.

Etiopatogenie. Psoriazisul apare la bolnavi cu teren predispus genetic, datorită a numeroși factori; tulburări metabolice ale glucidelor, lipidelor, protidelor; factori climatici; endocrini; șocuri emotive; infecții, tulburări imunitare (IgA sînt crescute în psoriazis); factori alergici.

Tratament. Se face pe cale generală cu neurosedative, vitaminoterapie, Vitamina A, D_2 buvabilă, B_6, B_{12}, F, cystină 1,50 g pe zi (3 cașete), factori lipotropi, folcisteină o fiolă zilnic în cure de 15 fiole, methotrexat 25—50 mg pe săptămînă, antibiotice. Corticoterapia nu se folosește în psoriazisul vulgar, deoarece bolnavii devin corticodependenți; ea se folosește în complicațiile severe ale psoriazisului. Tratamentul local se face la început cu vaselină salicilată 1—2%, care să îndepărteze scuamele, baie săptămînală și crisarobină sau preparatul lui sintetic cignolină în concentrație de 0,25%—2% în pastă sau pomadă, sub control de urină săptămînal (poate produce nefrite). Se începe cu concentrații mici, pentru a nu produce iritații (eritem crisofanic), care pot ajunge pînă la eritrodermii. În colodiu se pot utiliza concentrații mai mari de 5—10%, deoarece acest preparat se folosește pe leziuni mici. Rezultate bune am avut adăugînd la acest tratament cu colodiu și unguent cu pix liquida 10% și hidrocortizon 0,5%. Se mai pot utiliza în staționar — întrucît degajă un miros pătrunzător — unguentul și pasta cu oleum cadini 5—10—20%. În pielea păroasă a capului se mai prescrie unguent cu precipitat alb de mercur 5—10% sau cu calomel 5—10%. Se mai recomandă preparate cortizonice; triamcinolon A, locacorten, ultralan, fluocinolon, locacorten tar, locasalen, unguent cu hidrocortizon acetat. Cure heliomarine efectuate vara, cu expuneri gradate, dau rezultate bune. Recent, o nouă metodă, numită PUVA (Psoralen-ultra violete tip A), a dus la albirea leziunilor de psoriazis în procente de 80—90% din cazurile tratate. După o priză orală de psoralen (meladinină), la 2 ore se expune bolnavul la raze ultraviolete 3—5 minute, într-o încăpere închisă, expunerea făcîndu-se gradat pînă la 15—20 minute, 20 de ședințe în medie, bine suportate de bolnavi.

PITIRIAZIS ROZAT GIBERT. Este o dermatoză eritemato-scuamoasă, localizată pe trunchi și cel mult rădăcina membrelor, cu evoluția de 6—8 săptămîni, vindecare spontană, conferînd imunitate. Debutul se face în partea superioară a toracelui sau în cea inferioară a abdomenului cu placa inițială a lui Brocq, placă ovalară, cu mar-

Scanned with OKEN Scanner

gini roze, ușor reliefate, fin scuamoase, cu centru mai palid și deprimat. După 4—15 zile apar alte elemente roze, ovalare, cu suprafața fin scuamoasă, care se constituie, ca placa maternă, în aspect de medalion. Erupția se face în pusee, astfel că vom avea leziuni în diferite faze evolutive; leziunile se dispun în direcția planurilor de clivaj, adică pe direcția coastelor. Afecțiunea nu este pruriginoasă, dar ea devine pruriginoasă la nervoși, la cei care consumă alcool, după iritații repetate (băi repetate). După o evoluție de 6—8 săptămîni, dacă nu este iritată, afecțiunea se vindecă. Nu se cunoaște etiologia acestei afecțiuni, dar unii consideră placa maternă ca leziune de inoculare a unui agent microbian sau micotic. Diagnosticul nu este greu de pus, trebuie diferențiată însă de psoriazis, eczematide pitiriaziforme. În tratamentul afecțiunii trebuie în primul rînd să sfătuim bolnavii să nu irite tegumentul prin băi frecvente, aplicații iritante de soluții sau pomezi. Un tratament general cu o cură de 6—8 zile de tetraciclină cu B complex, calciu gluconic, cu vitamina C i.v., antihistaminice, iar local pastă cu apă cu sau fără mentol 0,5%, dau rezultate bune.

ECZEMATIDE (MICROBIDE). Sînt reacțiuni cutanate la distanță de un focar microbian, recent sau vechi, cutanat sau la nivelul organelor interne. Ele sînt erupții eritematoscuamoase și după aspectul scuamelor, eczematidele pot fi: eczematide pitiriaziforme, eczematide psoriaziforme și eczematide seboreice.

Eczematide pitiriaziforme sînt pete eritematoase, cu eritem palid, slab delimitat, acoperite de scuame fine, dispuse diseminat pe tegument. Uneori leziunile iau aspectul asemănător pitiriazisului rozat Gibert, fără să respecte localizarea și evoluția acestei afecțiuni. Bolnavii acuză prurit.

Eczematide psoriaziforme prezintă pe leziunile eritematoase, care au aceleași caractere, scuame mai numeroase, lamelare, pluristratificate. Se deosebesc de psoriazis prin faptul că eritemul este mai palid, scuamele mai puțin numeroase, mai aderente între ele și se detașează în bloc. Se însoțește de prurit.

Eczematide seboreice sau figurate se localizează în teritorii seboreice (frunte, șanțurile naso-geniene, menton, presternal, interscapular) sub forma unor pete eritematoase acoperite de scuame alb gălbui grase, însoțite de prurit.

Tratamentul trebuie adresat focarului de infecție, deci vom recomanda antibiotice, asanarea focarului, desensibilizări nespecifice cu preparate de calciu, vitamina C, antihistaminice, iar local pastă cu apă, creme și pomezi cu preparate cortizonice.

Scanned with OKEN Scanner

DERMITA ECZEMATIFORMĂ. Se caracterizează prin placard eritematos, bine delimitat, de culoare roşie vie, acoperit de scuame fine, pitiriaziforme sau psoriaziforme. La aceste leziuni se asociază zemuire, eroziuni, pustule şi cruste. Dermita eczematiformă poate fi de natură microbiană, micotică şi chimică.

Dermita eczematiformă microbiană este cel mai frecvent de natură streptococică, dar poate fi şi stafilococică; se localizează îndeosebi la gambe, însoţind un ulcer venos, la faţă sau pe mîini, în jurul unor piodermite, arsuri sau plăgi infectate. Dintre cele trei tipuri de dermite eczematiforme este cea mai frecvent întîlnită, poate produce limfangite, adenopatii şi leziuni secunde la distanţă numite eczematide sau microbide.

Dermita eczematiformă micotică prezintă un eritem mai puţin intens, se localizează mai frecvent în plicile genito-crurale şi la picioare sau la mîini, are caracter policiclic şi centrifug, şi microvezicule la periferie, periferie care este uşor reliefată. Poate produce la distanţă leziuni secunde numite mikide.

Dermita eczematiformă chimică se caracterizează prin placarde eritematoase, care reprezintă contactul cu substanţele chimice, pe care ni-l relatează bolnavii. Este de subliniat că dermita eczematiformă chimică se transformă în cîteva zile în dermită eczematiformă microbiană sau mai corect spus în dermită eczematiformă mixtă (microbiană şi chimică).

Tratamentul general se face în funcţie de etiologie cu antibiotice, griseofulvină, desensibilizare nespecifică cu preparate de calciu, vitamina C, hiposulfit de sodiu, antihistaminice, iar local comprese cu soluţie nitrat argint 1/4000, acid boric 5‰, rivanol 1‰, pioctanine (soluţie cristal violet 1%, soluţie mercurocrom 1%, soluţie Castellani), pomezi cu antibiotice (tetraciclină 3%, cloramfenicol 5%, neomicină 5%), fluocinolon N, locacorten vioform, nidoflor.

PITIRIAZIS VERSICOLOR. Este o keratomicoză produsă de microsporum furfur sau malassezia furfur, în care găsim pete de diverse culori; roz, galben, cafeniu, mici, rotunde, care confluează în plăci mai întinse, cu aspect geografic, acoperite de scuame fine, pitiriazice evidenţiate prin semnul unghiei (semnul rumeguşului). Se localizează mai ales pe torace, membre. Se întîlneşte frecvent, are o evoluţie cronică, apare la persoanele care transpiră şi este rar contagioasă. În urma expunerii la soare apare forma acromiantă. Tratamentul se face prin badijonaje cu soluţie de alcool iodat (tinctura Sabouraud) 1,5%, alcool rezorcinat şi cu acid salicilic 4%, triamci-

Scanned with OKEN Scanner

nolon S, locacorten vioform. Se mai poate utiliza metoda Demianovici, după badijonaj cu soluție de hiposulfit de natriu 40%, la 3 minute soluție de acid clorhidric sau acid tartric 5%.

ERITRASMA. Este o altă keratomicoză considerată a fi produsă de microsporum minutissimum (nocardia minutissima), iar după cercetări mai noi de Corynebacterium minutissimum. Debutează în regiunea inghinocrurală și se poate extinde și în plicile axilare sub forma unor placarde de culoare brun-gălbui, cu suprafața fin scuamoasă, fără veziculație la periferie, nepruriginoasă. Tratamentul clasic cu alcool iodat 1,5% este suficient. În prezent se utilizează și stearat de eritromicină 3%.

LUPUS ERITEMATOS. Este o afecțiune eritematoscuamoasă, cu etiologia încă neprecizată, cunoscută sub trei forme clinice:

— lupus eritematos cronic, forma cea mai des întîlnită;

— lupus eritematos subacut;

— lupus eritematos acut diseminat (lupus eritematos sistemic sau lupo-eritemato-viscerită).

Lupus eritematos cronic se caracterizează prin eritem cu telangiectazii, hiperkeratoză și atrofie cicatriceală. Eritemul se observă pe toată întinderea leziunii sau e mascat de hiperkeratoză și se observă numai la margine. Hiperkeratoza poate fi punctată inițial, limitată la orificiile pilo-sebacee sau sub formă de scuame stratificate uscate, gri, foarte aderente, care se detașează greu, prezentînd pe fața lor inferioară prelungiri coniforme — aspect de limbă de pisică, stalactite sau pieptene. Atrofia cicatriceală se constituie fără o ulcerație prealabilă, ci printr-un proces de scleroză interstițială; are o întindere și profunzime variabilă. Pete pigmentare, brun-gălbui se găsesc adesea pe zonele cicatriceale. Localizarea lupusului eritematos se face pe părțile descoperite; față (nas, pomeți preauricular), urechi, buza inferioară, pielea păroasă a capului.

Se descriu mai multe forme clinice în funcție de predominența unui simptom din triada;

— lupus eritemos fix sau discoid este format de obicei dintr-o placă, cu evoluție lentă, avînd hiperkeratoză marcată și atrofie cicatriceală pronunțată;

— lupus eritematos centrifug se localizează pe nas și pomeți sub forma unui fluture cu aripile desfăcute (în vespertilio), are evoluție rapidă extensivă, scuame puține și atrofie cicatriceală puțin exprimată. Această formă se vindecă ușor, dar recidivele sînt frecvente;

Scanned with OKEN Scanner

— lupus eritematos tumid are pe lîngă eritem, edem, scuame fine, atrofie cicatriceală inaparentă;

— lupus eritematos profund (Kaposi-Irgang) este de obicei un lupus eritematos discoid dispus pe infiltrate hipodermice, cu formarea de cicatrice înfundată;

— lupus eritematos, formă eritematoasă cu scuame foarte fine, tendință slabă la atrofie, formă care pune cele mai multe probleme de diagnostic.

Diagnosticul diferențial se face cu psoriazisul feței, rozacee, lupus vulgar, epiteliom bazocelular, eritem polimorf.

Lupusul eritematos apare exclusiv la adulți, 20—40 ani, cu predilecție la sexul feminin, îndeosebi primăvara sub influența unor factori favorizanți, ca tulburări vasculare locale, infecții TBC, streptococice, avînd un mecanism alergic, factorii declanșatori fiind lumina solară și traumatismul.

Tratamentul se face cu hidroxiclorochin, 3 ori cîte 1/2 tabletă pe zi timp de 10 zile, apoi de 2 ori cîte 1/2 tabletă pe zi 1—2 luni, în funcție de rezultate și toleranță. Se asociază o cură scurtă și doze mici de superprednol (16 zile cu 1,5 și apoi 1,0 mg pe zi), vitaminoterapie E, PP, K. Se va evita expunerea la razele solare, eventual schimbarea locului de muncă, aplicarea de creme protectoare antisolare cu săruri de chinină 6—10%, antipirină 10%, purtarea de pălării cu borul lat. Ca tratament local se aplică zăpadă carbonică, pomezi, creme cu corticoizi.

Lupus eritematos subacut reprezintă pentru unii o formă de trecere între lupus eritematos cronic și lupus eritematos acut, iar pentru alții un mod de debut pentru lupusul eritematos cronic sau acut. Apar pe față leziuni eritematocongestive, edematoase, acoperite de scuame fine, uneori de cruste mici seboreice. Starea generală este bună, bolnavii nu fac febră.

Lupus eritematos acut, numit și maladie lupică de internişti, afecțiunea întîlnindu-se mai frecvent la secțiile de boli interne, se caracterizează prin leziuni cutaneomucoase și viscerale, apărute acut, însoțite de febră, astenie, artralgii, cu evoluție de cele mai multe ori gravă spre exitus, dar și cu posibilitatea de a evolua cronic.

Leziunile cutanate apar pe față sub formă de pete eritematoedematoase, neregulate, uneori discrete și fugace, cu edem subpalpebral, acoperite uneori de scuame fine sau cruste seboreice. În același timp găsim leziuni asemănătoare și în decolteu, pe coate, mîini și picioare. Mai caracteristice sînt erupțiile de pe fețele palmare ale degetelor unde alături de eritem, edem, telangiectazii, la

extremitatea lor se observă mici focare hemoragice sau ulceronecrotice, vezicule ori chiar bule clare sau hemoragice.

Leziunile mucoaselor se găsesc în procent de 10—15% din cazuri, mai ales în pusee, sub forma de peteşii, bule, eroziuni sau ulceraţii acoperite de depozit gri.

Manifestările articulare se întîlnesc în procent de 90% din cazuri, constituind uneori primul semn de boală, iar mialgiile se găsesc în jumătate de cazuri.

Endocardite, pericardite şi miocardite, pleurezii, manifestări neuro-psihice (convulsii epileptice, monoplegii, hemiplegii, paraplegii, afazie, hemoragii meningee, anxietate, obsesii), leziuni oculare, tulburări digestive, hepatită lupică sînt manifestări viscerale care pot fi întîlnite. Manifestările renale au o mare importanţă ele fiind găsite în procent de 50—75% din cazuri sub forma unui sindrom nefrotic (proteinurie ridicată, edeme), hipergamaglobulinemie, ca şi sub forma unei insuficienţe renale acute sau cronice.

Examenele de laborator arată VSH crescut (100 mm sau peste în prima oră), anemie, hiergamaglobulinemie, falsă reacţie serologică pentru sifilis pozitivă, prezenţa de anticorpi anti ADN (antiacid dezoxiribonucleic) şi anticorpi DNP (antidesoxiribonucleoproteic). Prezenţa celulelor L.E., metoda directă (Hargraves) în leucocitele bolnavului sau metoda indirectă (test Haserick), este criteriul biologic esenţial din lupusul eritematos acut. Scăderea diferitelor fracţiuni ale complimentului seric este considerat unul dintre cele mai bune teste de evolutivitate în lupus eritematos acut.

Lupus eritematos acut survine la adulţii tineri, mai ales la femei, în raport de 4/1.

Afecţiunea este considerată ca boală autoimună.

Tratamentul se face cu cortizon, doze mari 80—100 mg pe zi cu scăderea dozei zilnice lent, în asociere cu antibiotice. Antipaludice de sinteză albe (1 tabletă zilnic de hidroxiclorochin), imunodepresive: methotrexat 1—3 mg pe zi, imuran 50—75 mg zilnic, cu efectuarea repetată a leuco-hemogramelor. Repausul la pat şi un regim alimentar sărac în tirozină şi fenilalanină sînt importante.

PARAPSORIAZIS. Afecţiune cu caracter cronic, de cauză necunoscută, care apare sub trei forme clinice: parapsoriazis în plăci, în picături (gutat), lichenoid.

Parapsoriazis în plăci este format din plăci de culoare roză, roză-gălbuie, cu suprafaţa uşor scuamoasă, descuamaţia apărînd la grataj. Alteori erupţia apare sub formă de benzi dispuse oblic sau

Scanned with OKEN Scanner

orizontal pe trunchi sau membre. Starea generală nu este alterată, apariția pruritului ne determină să ne gîndim la evoluția spre micozis fongoid.

Parapsoriazis în picături (gutat) este diseminat pe trunchi și membre sub formă de papule mici, lenticulare roze, roșii sau brune, acoperite de scuame albe-cenușii; papulele se șterg și scuama rămîne pe o suprafață brună; scuama puțin aderentă se detașează ușor în bloc în aspect de „pecete". Evoluția este cronică, pruritul absent; erupția se face în pusee, fiecare element are o durată de 2—3 săptămîni, după care dispare, dar remisiunile sînt uneori incomplete. Alteori însă aproape toate elementele iau un aspect purpuric și papulo-necrotic, realizînd forma cunoscută sub denumirea de **parapsoriazis varioliform Mucha,** considerată astăzi ca o vasculară alergică. În această formă pe suprafața și centrul papulei apare o veziculopustulă cu caracter purpuric, înconjurată de o zonă inflamatorie, care se acoperă rapid de o crustă roșie-brună și lasă în urma ei o cicatrice. Evoluția afecțiunii se face în 20—180 zile, vindecarea fiind completă.

Parapsoriazis lichenoid este rar, apare pe trunchi și membre sub formă de plăci și placarde și de rețele cu ochiuri fine și neregulate; sînt de culoare roșie-violacee, se însoțesc de atrofii, descuamația fiind prezentă numai în anumite zone. Unii au observat și papulete lichenoide. Evoluția este cronică, transformarea în micozis fongoid este posibilă.

Tratamentul se face în formele mai severe cu preparate cortizonice, doze medii, cu protecție de antibiotice, imunodepresive (methotrexat, imuran), vitamina D_2 buvabilă una pe săptămînă, vitamina C doze mari, iar local liniment oleum zincat cu hidrocortizon, preparate cortizonice, soluție de permanganat potasiu 25% peste care se aplică tumizon sau locacorten tar.

ERITRODERMII. Sînt afecțiuni caracterizate prin eritem și descuamație, care cuprind întreaga suprafață a corpului. Ele pot fi:

— *eritrodermii infecțioase* determinate de piococi îndeosebi de streptococ, care pot fi eritematoscuamoase luînd aspect de eriteme scarlatiniforme, avînd prognostic benign și eritrodermii veziculoedematoase cu prognostic grav. Apar datorită existenței unor focare de infecție, pe care le găsim la bolnav la nivelul tegumentului (fisuri retroauriculare, perleș etc.) sau unor focare viscerale (nefrită streptococică, bronhopneumonie etc.) evidențiate prin examinări bacteriologice. Tratamentul se face cu antibiotice, desensibilizante

nespecifice, antihistaminice, iar local soluție de cristal violet 1%, soluție mercurocrom 1%, soluție Castellani aplicate mai ales la nivelul focarelor inițiale de pe tegument sau în plicile cu o roșeață intensă și zemuinde. În acest ultim caz se fac și comprese cu soluție rivanol 1‰, soluție de nitrat de argint 1/4000. Se mai aplică pastă cu apă, pomezi cu antibiotice (tetraciclină 3%, cloramfenicol 5%, neomicină 5%);

— *eritrodermii zise primitive* raritați clinice: în pitiriazis rubra și dermatita exfoliatrice Wilson Brocq, eritrodermia premicozică și eritrodermiile leucemice;

— *eritrodermii secundare* pot surveni unor dermatoze cronice, de cele mai multe ori provocate de medicația generală sau locală utilizată. Le întîlnim în lichen plan, psoriazis, pitiriazis rubra pilar, eczemă, scabie, pemfigus foliaceeu. Tot aici putem nota și eritrodermiile toxice; veziculoedematoasă post arsenicală, post aurică, după administrarea de penicilină sau preparate mercuriale. Tratamentul se face cu antibiotice, corticoterapie, desensibilizare nespecifică, antihistaminice, iar local pastă cu apă, liniment oleum zincat plus tratamentul afecțiunii respective, precum și încetarea administrării substanțelor incriminate în apariția eritrodermiei;

— *eritrodermii ale noului-născut și sugarului cu dermatita exfoliativă Ritter von Rittersheim* ce apare la copii între vîrsta de 1—5 săptămîni, sub forma de bule efemere în jurul gurii, care se generalizează, pielea fiind roșie și descuamîndu-se în lamele mari, cu febră, semnul lui Nikolsky prezent și evoluție fatală în cîteva zile. Este însă o afecțiune foarte rară.

Eritrodermia descuamativă Leiner Moussous apare ca o extindere a dermatitei seboreice ca și eritrodermia candidozică ce survine ca extindere a infecției candidozice. Tratamentul se face în primele cazuri cu antibiotice, băi dezinfectante cu soluție de permanganat slab 1/50 000 (soluția să fie roză), pastă cu apă cu soluție cristal violet 0,1%, pomezi cu antibiotice, pioctanine, iar în eritrodermia candidozică cu pastă și cremă cu stamicină 1 000 000 unități pe 10 g de excipient, locacorten vioform sau nidoflor.

DERMATOMIOZITA. Afecțiune caracterizată prin leziuni eritematoedematoase, sindrom muscular de polimiozită, alterarea stării generale, considerată astăzi ca avînd mecanism autoimun.

Se cunosc două forme clinice:

— *formă acută Wagner-Unverricht* cu debut brusc, cu eritem și edem periorbitar (în ochelari), alteori pe față, respectînd nasul și regiunea perioralâ, „în vespertilio". Un element caracteristic este

prezența unui eritem pe dosul mîinilor, de-a lungul metacarpienilor și falangelor, dispus sub formă de benzi. Sindromul muscular poate apare de la început sau în cursul evoluției dermatomiozitei și se traduce prin miastenie dureroasă, prin modificări de consistență, formă și funcție; sînt interesați mai ales mușchii centurii scapulare și membrelor inferioare. Articulațiile sînt prinse și ele în procent de 15% din cazuri; întîlnim leziuni cardiace, pulmonare, ale tubului digestiv și renal. Bolnavii slăbesc foarte mult (15—20 kg în cîteva săptămîni), fac febră (38—39°). Evoluția este foarte gravă mergînd uneori în cîteva luni la exitus;

— *forma cronică Petges-Clejat* sau *poikilodermatomiozită* prezintă leziuni eritemato-pigmentare dispuse în rețea, cu atrofii în ochiurile rețelei, telangiectazii, papule lichenoide, toate dînd un aspect pestriț (poikilodermic) pielii. Erupția o întîlnim pe trunchi și membre, iar bolnavii acuză mialgii și oboseală.

Uneori se asociază un proces de sclerodermie constituind sclerodermatomiozita; dermatomiozita acută se însoțește uneori de cancer digestiv sau pulmonar.

Examinările de laborator arată creatinurie crescută 0,25—1 g/24 ore din cauză că mușchiul nu mai poate transforma creatina în creatinină; cromatografia acizilor aminați are valori crescute; GOT (transaminaza glutamo-oxal-acetică) și DHL (dehidrogenaza lactică sînt de 10 ori mai ridicate față de normal); limfopenia este frecventă, monocitoza indică evoluție favorabilă iar eozinofilia nefavorabilă. VSH crescut, hipergamaglobulinemie și anticorpi antimușchi întregesc sindromul biologic în dermatomiozită. Electromiograma evidențiază potențiale polifazice cu amplitudine diminuată și foarte etalate.

Tratamentul se face cu antibiotice, imunodepresive (methotrexat, imuran), lipiodol ultrafluid 10%, în injecții intramusculare de la 5—20 ml, de 2 ori pe săptămînă timp de 6 săptămîni, vitamina E, perfuzii.

Scanned with OKEN Scanner

DERMATOZE PAPULOASE

În acest capitol vom descrie dermatoze care au ca leziuni elementare papule epidermice, edematoase, dermice, dermoepidermice dismetabolice, foliculare și miliare.

VERUCI PLANE numite și juvenile, sînt papule mici epidermice, cu diametru pînă la 0,5 cm, rotunde sau poligonale, ușor ridicate, plate, de culoarea pielii sau gălbui-cenușii. Se întîlnesc la copii, localizate pe față și mîini; sînt produse de un virus; sînt contagioase și autoinoculabile. Tratamentul se face cu zăpadă carbonică, superficial, fără presiune, electrocoagulare de asemenea superficial, aplicații de alcool salicilat 2%.

EPIDERMODISPLAZIA VERUCIFORMĂ LEWANDOWSKY-LUTZ este o afecțiune virală, cu caracter familial, care se transmite recesiv, caracterizată prin elemente papuloase și scuamoase, de mărimi diferite, izolate sau confluate, nedureroase, localizate pe dosul mîinilor, antebrațe, trunchi și membre inferioare. Regiunea anală și mucoasa genitală la bărbat pot fi interesate. Apar după naștere la copii, pînă la 15 ani dar și la adultul tînăr și se pot transforma în epitelioame spinocelulare, bazocelulare sau maladia Bowen. Tratamentul se face prin electrocoagulare.

URTICARIA. Reprezintă afecțiunea care conține cele mai tipice papule edematoase, elemente reliefate, bine delimitate, rotunde sau neregulate, cu diametru de la cîțiva mm la mai mulți centimetri, de culoare roz; sînt de consistență fermă dar elastică, diseminate pe tegument; apar brusc se însoțesc uneori de febră și de tulburări generale, pruritul fiind întotdeauna prezent. Fiecare placă urticariană este efemeră, durează cîteva minute sau ore; erupția se face în pusee, putînd evolua 2—3 săptămîni. Această evoluție o întîlnim în urticaria acută, iar cînd puseul eruptiv se prelungește între

Scanned with OKEN Scanner

3 săptămîni şi 6 luni o considerăm urticarie cronică. Forme mai rare de urticarie sînt urticaria hemoragică, pigmentată, veziculo-buloasă. O formă mai deosebită este angioedemul — edemul Quincke —, care începe printr-un edem brusc la buze, pleoape, limbă, faringe şi laringe, mai rar în alte teritorii. Are o coloraţie albă, consistenţă fermă, nu este pruriginos, dar provoacă o senzaţie de tensiune şi dispare în cîteva minute sau ore, mai rar 1—2 zile. Localizarea faringiană (edem al glotei) provoacă simptome alarmante de asfixie, recomandînd o terapie de urgenţă (hidrocortizon hemisuccinat intravenos, antihistaminice, calciu gluconic, vitamina C, adrenalina subcutanat, uneori reanimare).

În apariţia unei urticarii intervine terenul, antecedentele personale ale bolnavului şi familiale (astm, rinită alergică) şi factori favorizanţi (tulburări endocriniene, digestive, tulburări neuro-psihice). Agenţii provocatori sînt foarte diverşi; substanţele de natură vegetală sau animală (urzica, arborele vieţii, iedera, omizi, meduze, înţepături de insecte). Unele persoane fac chiar fenomene de şoc la înţepături de viespe; substanţele alimentare pot fi toate incriminate, dar mai ales laptele şi produse lactate, ouă, ciocolată, agenţi de conservare pe bază de acid salicilic, anumiţi coloranţi; medicamente introduse oral sau parenteral, ca: penicilina, seruri, aspirina, sulfamide, barbiturice, salicilaţi, antipirina şi piramidon, iodul şi iodurile, bromuri şi alte antibiotice sînt cîteva dintre ele; parazitoze ca chistul hidatic, helmintiaze intestinale (ascarizi, oxiuri, ankilostome, lamblii), precum şi focarele de infecţie (dentară, amigdalian, sinusal şi otic) se găsesc în mod cert la originea unor urticarii; unele afecţiuni generale ca hepatite virale, hemopatie malignă, cancere viscerale, hipertiroidie pot provoca o urticarie; se discută şi rolul unor infecţii virale, bacteriene şi fungice în producerea de urticarie. Trebuie să menţionăm cîteva forme de urticarie de cauză mecanică sau fizică.

Urticaria cholinergică, în care au rol efortul, căldura şi emoţia, reprezintă 5—10% din urticariile cronice; apare la adolescenţi şi tineri între 10—30 ani; survine la cîteva minute după un efort, în partea superioară a trunchiului şi pe braţe, prin mici papule edematoase, foarte pruriginoase, cu durată scurtă. Se consideră că mecanismul pune în cauză fibrele nervoase simpatice (cholinergice), avînd ca mediator acetilcholina şi ca factor esenţial sudoarea ecrină.

Urticaria a frigore apare la orice vîrstă, după o expunere la frig (baie rece), cu leziuni asemănătoare ca la urticaria anterioară urmată uneori de purpură. Se va cerceta crioglobulinemia. Testul de

Scanned with OKEN Scanner

provocare a unei asemenea urticarii constă în aplicarea unui cub de gheață sau introducerea unui membru în apă rece cîteva minute.

Urticaria solară diferă de cea la căldură; apare pe zonele expuse la soare simulînd o urticarie colinergică, cu aceleași caractere și evoluție; mecanismul nu este cunoscut, se presupune intervenția imunoglobulinelor IgE. Tratamentul prescrie antihistaminice, vitamina PP, creme protectoare antisolare în urticaria solară.

Urticaria la presiune apare după 4—6 ore de la o presiune forte și prelungită, sub forma unui edem, care ia forma agentului traumatizant, însoțit adesea de cefalee, artralgii și uneori de frison și febră. Manifestările dispar în 10—24 ore, dar poate evolua în pusee pe o perioadă de 2—3 și chiar mai mulți ani, necesitînd uneori schimbarea locului de muncă. Această formă este bine influențată de corticoterapie prelungită în doze de 10—15 mg.

Dermografismul este o ridicătură apărută în urma unei frecături, sub forma unei dîre albe, apoi roșie sau de la început roșie, însoțită uneori de prurit, care dispare în 10—20 minute; poate fi dermografism test practicat de medic în cazuri de urticarie sau patologic ca simptom în diferite afecțiuni (mastocitoză, distomatoză hepatică, urticarie de tip alergic la penicilină, ampicilină, alte medicamente). Mecanismul dermografismului este puțin cunoscut, incriminîndu-se eliberarea de histamină, intervenția kininelor, mecanism cholinergic.

Manifestările clinice de urticarie sînt datorate eliberării brutale de substanțe vaso-dilatatoare (mediatori), care provoacă creșterea permiabilității capilare și deci a edemului. Histamina este cel mai important mediator, acetilcholina responsabilă de urticariile cholinergice, kininele produse prin intervenția unei enzime (kalicreină), serotonina și altele. Urticaria în mod clasic este considerată ca o reacție alergică antigen-anticorp, în care anticorpul este o imunoglobulină cînd IgE, cînd IgG. Mediatorii chimici (histamină, kinine) sînt uneori introduși direct prin agenți urticarigeni (veninuri, urzicături), sau se formează în organism sub influența anumitor substanțe absorbite, (crustacee, pește, fructe sau mai rar medicamente).

Tratamentul impune suprimarea alergenului, tratamentul focarelor și parazitozelor; antihistaminice, antiserotonine (periactine, migristene), corticoterapie mai ales în formele severe, hidroxizină în urticaria la efort și la căldură, desensibilizare specifică și nespecifică (cu preparate de calciu, hiposulfit de natriu, histamină, autohemoterapie, gamaglobuline histamino-protectoare). În urticariile acute de natură alimentară se recomandă în primele zile purgativ

salin. În urticaria a frigore penicilina în doze mari a dat rezultate bune. Ca tratament local se recomandă aplicații de pastă cu apă cu mentol sau camfor 0,5%.

ERITEM POLIMORF. Este o afecțiune inflamatorie acută caracterizată prin leziuni eritematopapuloedematoase sau eritematoveziculobuloase cu localizare de predilecție pe mîini, antebrațe, gambe, fața dorsală a picioarelor, palmoplantar, față și gît. Apare, mai ales la tineri, primăvara și toamna, erupția cutanată fiind precedată de angină, artralgii, mialgii, inapetență, anorexie, senzații de prurit, arsură și febră. Se descriu mai multe forme clinice:

— *eritematopapuloasă* este reprezentată de plăci eritematovioalacee, edematoase, bine delimitate, care se tronsformă uneori în cocardă, în care centrul se deprimă, devine livid, bordura rămînînd reliefată înconjurată de halou eritematos;

— *eritematoveziculobuloasă* debutează în același mod și după cîteva zile în centrul plăcii apar vezicule sau bule. În afara de localizările cutanate, în această formă găsim leziuni și pe mucoase bucală sau genitală, sub forma unor eroziuni acoperite de pseudo membrane difteroide, înconjurate de halou eritematos;

— *forma piretică* în care, în afara leziunilor cutanate sau cutaneomucoase, bolnavii fac febră ridicată, starea generală alterată;

ECTODERMOZA EROZIVĂ PLURIORIFICIALĂ (sindrom Stevens-Johnson sau Rendu Fiessinger sau dermatostomatita Bader) este considerată ca o formă severă de eritem polimorf, care apare brusc la tineri, în anotimpul rece, cu febră de 39—40°, frisoane, stare generală alterată. În mai mult din jumătate din cazuri apare pneumonie atipică cu dispnee, junghi, expectorație, radiologic imagine caracteristică; manifestări cardiace, nervoase, digestive și renale pot fi întîlnite, dar mai rar. Atingerea mucoaselor bucală, narinelor este caracteristică; eroziuni sîngerînde, ulcerații acoperite de pseudomembrane, conjunctivă purulentă, balanită erozivă, vulvită veziculobuloasă, anite. Leziunile cutanate apar după instalarea manifestărilor expuse mai sus și ele pot fi mai ales de tip eritem polimorf veziculobulos sau eritematopapulos cu aspect de cocardă.

Evoluția afecțiunii este în medie de 2—3 săptămîni și de 4—5 săptămîni în formele mai severe de eritem polimorf.

Eritemul polimorf este considerat ca un sindrom toxi-infecțios cu mecanism alergic; sînt invocați factori microbieni, micotici, toxici, fizici; focare de infecție dentare, amigdaliene, otice, sinuzale, unele medicamente și unele alimente, razele solare avînd rol de factor declanșator.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul se face cu antibiotice asociate cu preparate cortizonice în formele severe, iar în formele uşoare medicaţie desensibilizantă, antihistaminice, vitamina PP; local se aplică pastă cu apă şi cristal violet 1% pe tegument, soluţie albastru de metilen 1% pe mucoase. Asanarea focarelor de infecţie, înlăturarea medicamentelor sensibilizante sînt elemente importante în prevenirea recidivelor.

ERITEM ANULAR CENTRIFUG. Afecţiunea se localizează cel mai frecvent în regiunea pelvină şi debutează cu pete roze de 5—10 mm diametru, care devin repede reliefate, se extind prin periferie, se şterg în centru, luînd aspect anular (inelar); aceste leziuni anulare pot conflua formînd figuri policiclice. Elementele descrise pot dura de la 2—3 săptămîni la 2—3 luni; pot apare în pusee. Leziunile nu au scuame, deşi s-au descris şi asemenea forme, pruritul este de obicei absent. Etiologia nu este cunoscută, tratamentul se face cu zăpadă carbonică, reductoare (mai ales pix liguida).

ERITEM CRONIC MIGRANS (Lipschütz). Apare după o înţepătură de căpuşă (Ixodes ricinus) printr-o placă roşie, rotundă sau ovalară, cu extindere periferică şi ştergere centrală cu formarea de un inel unic; suprafaţa inelului periferic este de 0,3 mm—2 cm uşor reliefată sau nu, fără scuame. În centrul sau periferia plăcii se găseşte urma înţepăturii de căpuşă. S-au semnalat uneori limfangite, adenopatii şi prurit. Medicaţia de elecţie este penicilina (1 200 000 u. zilnic timp de 10—14 zile), ca şi alte antibiotice. Local pomezile cu cortizon şi reductoare pot fi folosite.

DERMATOZĂ ACUTĂ FEBRILĂ NEUTROFILICĂ (sindrom Sweet). Afecţiunea apare de predilecţie la femei adulte, la cîteva zile după o rinofaringită, febră, dureri abdominale, sub formă de placarde sau noduli de culoare roşie vie, pe părţile superioare ale trunchiului, uneori pe faţă sau membre inferioare. Unele forme se însoţesc de febră ridicată rezistentă la antibiotice, VSH crescut, artralgii. Sweet a subliniat caracterul dureros al leziunilor cutanate, hiperleucocitoză moderată (10 000—20 000), cu polinucleoză neutrofilă 80—90% şi o structură histologică prezentînd edem subepidermic, infiltrat dens dermic, aproape complet compus din polinucleare neutrofile, adesea cu leucocitoclazie, localizat perivascular, epiderma intactă. Netratată afecţiunea persistă săptămîni sau luni; etiologia nu este cunoscută, iar tratamentul cortizonic are efect rapid.

SIFILIDE PAPULOASE. Apar în perioada secundară a sifilisului, sub forma unor ridicături lenticulare, cu diametru de 3—10 mm

Scanned with OKEN Scanner

de culoare roşie, arămie sau roz, indurate la palpare; în general sînt numeroase, diseminate, acoperite de scuame uscate; le întîlnim pe corp, faţă şi în ultimul timp mai ales palmoplantar. Nu sînt pruriginoase, nici dureroase; au evoluţie de 2—10 săptămîni dispărînd şi fără tratament, lăsînd însă pete pigmentare. Ele pot fi:

Psoriaziforme, dar, spre deosebire de psoriazis le găsim mai mult pe feţele de flexie, sînt indurate, scuama mai fină şi se detaşează în bloc, iar la gratajul metodic al lui Brocq se produce o sîngerare în masă.

Sifilidele seboreice, localizate în zonele seboreice, sînt formaţiuni papuloase acoperite de cruste subţiri, grăsoase, realizînd pe frunte coroana venerică.

Sifilide papulopustuloase, varioliforme, acneiforme se acoperă de cruste gălbui, melicerice realizînd sifilide papulocrustoase impetiginiforme.

Sifilidele papuloerozive apar în plici unde se erodează din cauza macerăţiei.

Sifilidele papuloase hipertrofice numite şi **condiloame late,** caracterizate prin papule mari uneori confluate în placarde, au suprafaţa plană, uneori erodată în care caz sînt extrem de contagioase; se localizează cel mai frecvent la organele genitale, perigenital, anal şi perianal, ca şi în plici.

Sifilidele arciforme, circinate apar pe faţă, pe menton, în jurul gurii.

Sifilidele comisurale apar sub aspectul unui perleş la comisurile bucale.

Diagnosticul acestor sifilide papuloase se face pe baza caracterului leziunilor, pe existenţa micropliadenopatiei generalizate, a seroreacţiilor intens pozitive.

LICHEN PLAN. Afecţiune caracterizată prin apariţia de papule rotunde sau poligonale, cu suprafaţa plană şi strălucitoare mai ales cînd le privim dintr-un unghi favorabil de lumină, la început de culoare roză, ca apoi să devină roşii-violacee, roşii-brune şi brune. Papulele pot rămîne izolate sau să formeze plăci; centrul lor poate fi ombilicat, suprafaţa prezentînd uneori striuri gri, uşor reliefate — reţeaua licheniană a lui Wickham — sau o scuamă foarte fină. Localizarea erupţiei se face pe faţa anterioară a pumnului, antebraţe, regiunea lombară, membre inferioare, organele genitale. Pruritul este aproape întotdeauna prezent, de cele mai multe ori foarte intens. În cavitatea bucală găsim leziuni în aproape 50% din cazuri sub formă de ferigă, în dreptul interliniei dentare, pe mucoasa ju-

Scanned with OKEN Scanner

gală, sau cu aspect anular sau de rețea albicioasă. Pe limbă pot apare puncte albe pseudopapuloase, plăci opaline sau placarde. După dispoziția papulelor putem întîlni forme de *lichen anular* la organele genitale, *lichen liniar sau zoniform* mai ales pe membre. *Lichenul plan acut* are papule mici roșii diseminate pe corp, *lichen bulos* cînd apar și bule; o formă mai des întîlnită la gambe, *lichenul plan cornos* este constituit din papule pe care apar scuame groase, cornoase. *Lichenul atrofic și scleros* este caracterizat prin plăci atrofice albe, leziuni tipice de lichen în vecinătate, formă clinică care pune probleme de diagnostic diferențial cu sclerodermia în picătură. O formă mai puțin cunoscută este *lichenul eroziv al degetelor* de la picioare, care apare la femeile de vîrstă mijlocie, cu localizare la pulpa degetelor și îndeosebi la cel mare. Această formă cuprinde și leziuni obișnuite pe tegumente de lichen plan și i se asociază adesea leziuni erozive în cavitatea bucală. La unghii putem întîlni onicholiza totală.

Lichenul plan are o durată neprevizibilă, el poate dispare spontan, dar recidivele sînt frecvente.

Diagnosticul se bazează pe caracterul papulelor netede și strălucitoare, policromia lezională, localizare și prurit. La acestea mai contribuie și prezența fenomenului Köbner — apariția de leziuni de lichen dispuse liniar la nivelul unui grataj. Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu verucile plane, sifilis secundar, lichenificări, eczemă cronică, iar în cavitatea bucală cu leucoplazia.

Afecțiunea interesează adultul, îndeosebi pe nervoși și surmenați, natura ei rămîne însă necunoscută; sînt incriminate teorii nervoase, alergice, infecțioase, hormonale, enzimatice.

Tratamentul indică sedative, vitaminoterapie (C, B_1, B_6), vitamina D_2 în doze mari, cure de 8—10 zile de tetraciclină cu B complex, corticoterapie în doze mici, iar în lichenul bucal injecții intralezionale, cu evitarea vaselor, cu volan A 10. Local aplicații de soluție de permanganat K 25% și pomezi cortizonice plus reductoare ca tumizon, locacorten tar.

LICHEN STRIAT. Afecțiunea caracterizată prin ridicături mici roze, mai mult sau mai puțin scuamoase, dispuse în bandă liniară continuă sau discontinuă de-a lungul unui membru, gît sau torace, întotdeauna unilateral. Apare brusc și dispare în cîteva luni fără să lase urme. Nu are structură specifică histologică, dar trebuie diferențiat de lichen plan și de nevi verucoși liniari. Nu necesită tratament.

Scanned with OKEN Scanner

ACRODERMATITĂ GIANOTTI-CROSTI (acrodermatita papuloasă infantilă). Afecțiune produsă de virus necunoscut, întotdeauna asociat cu antigen Australia, se caracterizează prin apariția la copii între 2—6 ani de papule roșii pe fese, coapse, membre și față. Erupția survine brusc, este pruriginoasă și se însoțește de poliadenopatie (axilară, inghinală), hepatită acută anictерică. Antigenul Australia se găsește la bolnavi ca și la părinți și chiar la alți membri ai familiei. Tratamentul este vitaminoterapic și calmant local, cu pastă cu apă.

TUBERCULIDE PAPULONECROTICE. Afecțiunea debutează prin mici noduli roșii violacei, infiltrați, pe care după cîteva zile apar pseudopustule, înlocuite apoi de cruste galben-brune, aderente înclavate în formațiunile papuloase. După căderea crustelor, la 20—25 de zile, rămîn cicatrice deprimate albe, ștanțate. Evoluția se face în puseuri cu durată în luni și ani. Se descriu două forme clinice: tipul foliclis cu localizare pe fețele de extensie ale membrelor, pe fese și tipul acnitis cu leziuni mai mari localizate pe obraji, frunte. Considerată în trecut ca o tuberculoză atipică, astăzi este încadrată de autorii americani în grupul vascularitelor și tratată ca atare; medicație antiinflamatoare (corticoizi, indometacina, fenilbutazonă), imunodepresive (methotrexat, imuran) și în cazul existenței unor antecedente bacilare și medicație antituberculoasă.

TUBERCULIDE PAPULOASE MILIARE. Apar la față sub forma unor papule roze sau gălbui, numeroase, obișnuit rezolutive, fără supurație, fără ulcerație, producînd cicatrice prin scleroză interstițială. La vitropresiune se evidențiază mici grăunți gălbui lupoizi. La femei după 45—50 ani pot apare asemenea leziuni pe un fond de cuperoză, constituind ceea ce se cunoaște sub denumirea de tuberculide rozaceiforme miliare. Aceleași considerații etiopatogenice și terapeutice ca la forma de mai sus (tuberculide papulo-necrotice).

AMILOIDOZA CUTANATĂ. O întîlnim sub formă de lichen amiloidosus Freudenthal, amiloidoză sistematizată Lubarsch-Pick, amiloidoză secundară.

Lichen amiloidosus este forma întîlnită în serviciile de dermatovenerologie, erupția interesînd membrele, mai rar toracele și abdomenul, fiind constituită din papule rotunde, roșii palide, sau brune, cu suprafața netedă sau keratozică. Ele sînt grupate în plăci și placarde și sînt pruriginoase.

Amiloidoza sistematizată Lubarsch Pick se întîlnește la persoane peste 40 ani, fiind o afecțiune gravă, cu alterarea stării ge-

Scanned with OKEN Scanner

nerale și evoluție spre exitus. Apar depozite amiloide, sub formă de infiltrate, noduli tumorali sau ulcerații, la nivelul cordului, tubului digestiv, interesări musculare și articulare, cu predilecție pentru mușchii gîtului, macroglosie, avînd papule sau noduli, sînt manifestările cele mai caracteristice a acestei forme de amiloidoză. Leziunile cutanate se observă numai în 20% din cazuri, prin papule mici roșii sau gălbui, care pot conflua în plăci, putînd apare pete echimotice.

Amiloidoza secundară apare în cursul evoluției unor boli cronice (TBC, supurații cronice, infecții cronice urinare), amiloidoza prinzînd îndeosebi ficatul și rinichiul, exitusul făcîndu-se prin insuficiență hepatorenală.

Tratamentul se face prin antibiotice cu spectrul larg, corticoterapie și local crioterapie, acid tricloracetic 33%.

MUCINOZA CUTANATĂ. Afecțiune caracterizată prin depunerea în piele de mucină, substanță chimică incomplet definită, constituită din mucopolizaharide acide, la care se adaugă cîteva mucopolizaharide neutre. Mucina este identificată pe cupele histologice prin coloranți speciali, albastru de toluidină, mucicarmin și albastru Alcian.

S-au individualizat trei tipuri; mucinoză papuloasă, mixedemul pretibial al basedovienilor și mucinoza foliculară.

MUCINOZA PAPULOASĂ (scleromixedem, lichen mixedematos) se caracterizează prin apariția de mici papule, rotunde, cu diametru de 1—3 mm, de culoarea pielii normale, albicioasă sau roză, care apar brusc, fără prurit, element care o diferențiază de lichen plan și lichen amiloidosus. Erupția se localizează la încheietura pumnului, antebrațe, față, gît, scrot, putînd acoperi întregul corp. Unele papule pot fi ombilicate, iar altele se dispun în benzi. Putem găsi papule mari, noduli, plăci, tuberozități, pînă la mărimea unei alune, localizate pe frunte, regiunea intersprîncenoasă, ureche, periorbitar, perioral, fața luînd un aspect leonin. O stare sclerodermiformă, cu pielea rigidă, dură, care poate apare de la început sau să urmeze unei stări scleroedematoase. Mai putem întîlni și pete eritematoase, care uneori pun probleme de diagnostic cu sclerodermatomiozita, făcînd necesară examinarea histologică. Examenele electroforetice arată anomalii ale proteinelor sangvine prin evidențierea unei paraproteinemii (IgG). S-au mai întîlnit în unele cazuri hipotiroidie, tulburări vasculare (alterări capilare vizibile histologic). Formele simple sînt pasibile de dispariție spontană; formele sclerodermiforme sînt grave și prin atingeri viscerale (miocardită, pneumopa-

Scanned with OKEN Scanner

tie) pot duce la exitus. În etiopatogenia afecțiunii sînt incriminate insuficiența tiroidiană, elaborarea de către fibroblaști particulari de mucină în piele; o nouă teorie consideră mucinoza ca o maladie generală datorită unei paraproteine în ser, care s-ar depune în dermă. Tratamentul se face cu extracte tiroidiene, lipiodol ultrafluid, corticoterapie generală și locală (infiltrații); în formele grave de mucinoză cu sclerodermie rezultate bune se obțin cu imunodepresive (methotrexat, alkeran).

MIXEDEM PRETIBIAL AL BASEDOVIENILOR (mucinoză tireotoxică, dermatopatie basedoviană) apare la basedovieni,, la cîteva luni după un tratament antitiroidian (tiroidectomie, radioterapie), pe fața anterioară a gambelor, în treimea mijlocie, sub forma unor placarde, de cîțiva centimetrii diametru, avînd suprafața neregulată, cu micropapule sau noduli, cu aspect de coajă de portocală. Diagnosticul este sprijinit de prezența unei exoftalmii, de obicei foarte pronunțată. Uneori găsim aspect pachidermic și chiar elefantiazic. Evoluția este cronică, cu ameliorări limitate. Tratamentul se face cu prednison doze mari zilnice (60 mg), imunodepresive, hormonoterapie tiroidiană (tiroxină 2—3 mg pe zi, extract tiroidian.)

MUCINOZA FOLICULARĂ (alopecia mucinoasă Pinkus) se localizează pe față, gît și pielea capului, sub formă de leziuni foliculare, plăci eritematoscuamoase și zone alopecice. Leziunile foliculare sînt reprezentate de papule keratozice, de culoarea pielii sau roz-gălbui; plăcile eritematoase sînt rotunde sau ovalare de 2—3 cm, acoperite de scuame pitiriaziforme, cu firele de păr rupte, prezentînd uneori papule foliculare pe suprafața lor, iar la palpare sînt de consistență fermă chiar infiltrată. Alopecia este un semn important, care a dat și numele de alopecie mucinoasă afecțiunii. Pruritul este inconstant. Etiologia nu este cunoscută. Tratamentul se face cu cortizon general și local, antipaludice albe de sinteză, vitaminoterapie (vitamina A).

HIALINOZA CUTANEOMUCOASĂ. Afecțiune congenitală, obișnuit ereditară, cu consangvinitatea părinților și adesea diabet familial, rar întîlnită, apare la sugar sub forma unei răgușeli ca prim simptom. În copilărie sau în adolescență survin și leziuni cutaneomucoase. Pe mucoasele labiale și bucale se dispun mici plăci alb-gălbui, superficiale, ușor indurate, fisurate, cu limba infiltrată, ca și mucoasa faringo-laringiană, unde putem întîlni și noduli. Leziunile cutanate survin pe față, pielea capului, membre și articu-

laţii, unde pe o piele infiltrată de culoare normală sau alb-gălbuie se disting papule, mai vizibile la periferie. La pleoape şi narine cilii cad. Leziuni hiperkeratozice, verucoase se întîlnesc la coate, genunchi, mîini şi picioare. Cicatrice varioliforme, uneori bule şi pustule întregesc simptomatologia acestei afecţiuni. Tratamentul se face recomandînd bolnavilor regim restrictiv în hidraţi de carbon, medicaţie antidiabetică, lipiodol ultrafluid.

PAPULOZA ATROFIANTĂ MALIGNĂ. Afecţiune care apare la adulţi tineri, mai ales de sexul masculin, rară, sub forma unor papule roz sau galben-cenuşii, cu diametru de 2—7 mm, rotunde, edematoase sau ferme, al căror centru după cîteva zile se deprimă şi ia o culoare albicioasă. Papulele, în număr de 20 pînă la cîteva sute, nu sînt nici pruriginoase, nici dureroase, evoluează spre cicatrice varioliforme. Se localizează efectiv pe trunchi şi membre şi în această fază cutanată izolată durează mai multe luni sau mai mulţi ani, după care apare sindromul intestinal, cu dureri intense epigastrice sau subombilicale, cu sau fără vomismente, realizînd în cîteva ore tabloul unei ocluzii intestinale, ce impune intervenţia chirurgicală. S-a găsit în această afecţiune un proces vascular necrotic, care mai poate interesa ochii, sistemul nervos, mai rar cordul, rinichiul, articulaţiile. Tratamentul se face cu antibiotice, administrarea heparinei a dat unele stabilizări prelungite.

SIFILIDE FOLICULARE. Apar pe teren cu antecedente bacilare, sub forma unor papule foliculare uscate, de culoare roşie-brună, acoperite de o scuamă-crustă, diseminate sau grupate. În acest grup înglobăm şi sifilidele papulopustuloase mai voluminoase, prezentînd în centru veziculopustule; sînt sifilide acneiforme, variceliforme, varioliforme.

TUBERCULIDE FOLICULARE (lichen scrofulosorum). Sînt papule foliculare roze, acuminate, adesea centrate de un fir de păr sau de o scuamă, mai rar o scuamocrustă, care se dispun pe trunchi, flancuri la copii şi adolescenţi. Apare după o boală infecto-contagioasă a copilăriei (rujeolă, tuse convulsivă), asociată adesea cu o tuberculoză ganglionară, viscerală, osoasă sau cutanată. Are o evoluţie lentă, persistînd luni sau ani de zile. Considerată în trecut o tuberculoză cutanată atipică, este încadrată azi în grupul vascularitelor şi tratată ca atare. În caz de asociere de tuberculoză se face tratament antituberculos.

Scanned with OKEN Scanner

ECZEMATIDE FOLICULARE. Sînt reprezentate de papule foliculare uscate dispuse pe placarde, de aspectul unor medalioane roşii sau roze localizate mai ales mediotoracic. Sînt pruriginoase şi produse de un focar de infecţie. Greu de diagnosticat, necesită diferenţierea de sifilidele foliculare, tuberculidele foliculare. Tratamentul se face eliminînd focarul de infecţie, desensibilizante nespecifice; local creme şi unguente cu preparate cortizonice.

PITIRIAZIS RUBRA PILAR. Dermatoză rară, are ca leziune elementară papula cornoasă foliculară, roză sau roşie; papulele sînt izolate sau confluate în plăci eritematoscuamoase; uneori aceste plăci eritematoscuamoase au aspect psoriaziform. Se localizează pe faţa dorsală a mîinilor sub formă de conuri cornoase negricioase, pe dosul primelor falange sau sub formă de keratodermie palmară şi plantară, striaţiuni unghiale; la coate şi genunchi iau aspect de plăci psoriaziforme, iar la faţă leziuni eritematoase şi fin scuamoase. În pielea capului găsim pitiriazis difuz. Evoluţia este cronică, uneori cu regresiuni spontane după cure heliomarine. La debut afecţiunea poate fi însoţită de febră. Bolnavii nu au prurit, acuză uneori usturimi. Etiopatogenia nu este cunoscută; se presupune infecţia tuberculoasă, rolul glandelor endocrine, hipovitaminoză A.

Tratamentul se face cu vitamina A în doze mari, opoterapie tiroidiană.

KERATOZA PILARĂ. Afecţiunea, adesea familială, constă în apariţia unor papule mici foliculare, conice, cornoase, centrate de fir de păr, localizate pe feţele externe ale braţelor şi coapselor, mai frecvent la sexul feminin, regiunile seboreice fiind exceptate. Apare în copilărie, se accentuează la adolescenţă şi se şterge la vîrsta adultă. Etiologia nu este precizată; se incriminează avitaminoza C (Nicolau), avitaminoza A (Frazier), tratamentul efectuîndu-se cu aceste vitamine, iar local aplicaţii de glicerolat de amidon cu acid salicilic 2% sau vaselină salicilată 2%.

DISKERATOZA FOLICULARĂ (Maladia Darier). Afecţiune familială şi ereditară, apare în copilărie sau în adolescenţă, pe feţele laterale ale gîtului, sub şi retroauricular, faţă, pielea capului, presternal, interscapular, plicile axilare, inghinale, centură, flancuri, periombilical. Debutul se face prin papule mici strălucitoare sau de culoarea pielii normale, care se acoperă de o crustă cornoasă brună-gri; formaţiunea cornoasă este aderentă, inclavată într-o depresiune infundibuliformă. Majoritatea leziunilor sînt foliculare.

Scanned with OKEN Scanner

confluează în placarde brune cu contur neregulat, cu suprafața rugoasă la palpare. Papulele cornoase foliculare sînt vizibile mai ales la periferia acestor placarde. Leziuni de tip veruci plane se găsesc frecvent pe dosul mîinilor. Se descriu forme seboreice, cînd leziunile sînt localizate în zone seboreice și se acoperă de depozite gălbui grăsoase; forme hipertrofice, pustulo-buloase sistematizate (în benzi), pauci lezionale. La palme și plante putem întîlni zone de keratodermie. Evoluția afecțiunii este cronică cu exacerbări la adolescenți, gravide, în infecții; prognosticul este benign, etiopatogenia nu este încă elucidată. Este considerată ca o genodermatoză, care se transmite în dominanță regulată sau neregulată, cu sau fără predominență sexuală. S-a incriminat avitaminoza A și tratamentul cu această vitamină în doze mari a dat rezultate bune. Local, se folosește medicație keratolică cu vaselină salicilată 5—10%, reductoare (pomada cu pix liquida 10% și hidrocortizon 0,5%); radioterapia are efecte nete și durabile.

GRANULOZIS RUBRA NASI. Apare la copii pe nas, uneori și pe obraz, buza superioară, sub forma unui eritem cu nuanță violacee, pe care se găsesc numeroase papule mici de o culoare mai închisă, precum și mici picături de sudoare. Dispare la pubertate, fără să lase urme. Se incriminează în etiologie un factor ereditar, care s-ar transmite în dominanță, tulburări endocrinosimpatice, infecția tuberculoasă. Tratamentul se face cu zăpadă carbonică.

MALADIA FOX-FORDYCE. Apare la femeile în etate de 20—40 ani, mai ales la cele nervoase, în axile, mai rar în regiunile pubiană, perineală, periombilicală, buzele mari, adică unde se întîlnesc și glande sudoripare apocrine, sub formă de papule mici, puțin conice, ferme, de culoarea pielii normale sau translucide, cu prurit intens. Are evoluție cronică, poate duce la stări grave nervoase; etiopatogenia nu este precizată. Tratamentul folosește opoterapie endocriniană, antihistaminice, sedative, iar local crioterapie, creme cu preparate cortizonice.

LARVA MIGRANS (miază tîrîtoare). Deși leziunile elementare nu sînt papule, ci niște leziuni reliefate din planul pielii le descriem în acest mare capitol al dermatozelor, care au ca simptom dominant papulele. Se datorește înaintării sub piele a larvelor de diptere sau de nematozi, care după o incubație de o zi la 6 săptămîni, însoțită de prurit uneori, produc o ridicătură eritematoasă, de unde pleacă o dîră roșie. Zilnic dîra înaintează cu 2—4 cm desenînd bucle, fără

să se ramifice, iar extremitatea distală este marcată cîteodată de o veziculo-pustulă și în apropierea ei la cîțiva milimetri se găsește larva. Traseul urmat de larvă poate atinge cîțiva metri și suprafețe mari. Tratamentul se face distrugînd larva cu crioterapie, electrocoagulare, injecții anestezice, antiseptice puternice.

Se mai descriu în acest grup *filarioza diurnă* a căror larve sînt inoculate la om de bărzăune și *filarioza nocturnă* (în regiunile tropicale), ale căror larve sînt inoculate la om de mai multe specii de țînțari, aceasta din urmă producînd leziuni limfatice și ganglionare (abcese limfatice, limforagii, elefantiazis).

Scanned with OKEN Scanner

DERMATOZE VEZICULOASE

ECZEMA. Eczema este o dermatoză eritematoveziculoasă, cu zemuire, eroziuni, scuame și cruste dispusă în plăci și placarde simetrice, pruriginoasă, foarte recidivantă, cu mecanism alergic și de natură endogenă, caracterizată histologic prin spongioză în stratul malpighian.

Pruritul precede adesea erupția, iar eritemul este de obicei palid, difuz însoțit de ușor edem; pe aceste zone eritematoedematoase apar vezicule la cîteva ore sau zile, cu conținut clar, putînd conflua în pseudobule. Zemuirea, care apare este clară sau ușor gălbuie, durează cîteva zile sau săptămîni și se transformă în cruste, care cad spontan sau sub influența medicației. Suprafața rămasă este roșie, netedă, cu scuame furfuracee sau lameloase.

Eczema se poate impetiginiza; apare secreție purulentă, cruste melicerice, pustule, limfangite, adenopatie inflamatorie.

Se descriu mai multe forme de eczemă:

— *eczema papuloveziculoasă* constituită din papule mici avînd în vîrf vezicule. Aceste leziuni confluează în plăci, placarde dînd naștere la alt tip de eczemă;

— *eczema numulară* care ar fi de natură micotică sau microbiană;

— *eczema lichenificată* este o varietate de eczemă cronică, în care apare lichenificarea, cu șanțurile interpapilare mai adîncite, cu apariția de pseudopapule, piele îngroșată și aspră la palpare.

Diagnosticul nu se fixează greu, dar trebuie diferențiată de dermita eczematiformă, care este o eczemă de cauză externă; în dermita eczematiformă reiese uneori din anamneză factorul care a provocat-o, iar clinic ea prezintă plăci eritematoase, cu eritem viu, bine delimitat, cu veziculație abia observabilă sau microscopică.

Etiopatogenia recunoaște diferite antigene complete sau sub formă de haptene, care induc formarea de anticorpi. Sensibilizarea este de tip întîrziat mediată de limfocite, dar poate fi și de tip mixt,

Scanned with OKEN Scanner

ca în eczemele endogene cu tendință la generalizare. Antigenii sînt de natură alimentară, medicamentoasă sau metabolică (prin produși de metabolism ai germenilor din focarele de infecție amigdalian, dentar, otic, sinusal, intestinal, cholecistic, apendicular).

Tratamentul recomandă regim alimentar lacto-vegetarian și făinos, asanarea focarelor de infecție, corectarea tulburărilor digestive, medicație desensibilizantă cu preparate de calciu, hiposulfit de sodiu, vitamina C, corticoterapie în doze mici și cure scurte, antihistaminice de sinteză, tranchilizante. Local se aplică comprese cu soluție de acid boric 5‰, nitrat de argint 1/4000, acid tanic 5‰, hidrocortizon 250 mg la mia de ser fiziologic, badijonaje cu pioctanine (soluții de cristal violet 1%, mercurocrom 1%, Castellani), creme și pomezi cu preparate cortizonice.

ECZEMA SUGARULUI (dermatita atopică a sugarului). Denumită în trecut diateză exudativă sau eczemă constituțională, apare la sugarul în etate de 2 luni, pe față, simetric, respectînd nasul și regiunea perioralâ, sub forma unor placarde roșii, edematoase cu vezicule mici, zemuire, eroziuni, cruste fine, scuame. Are o evoluție lungă, de unde și denumirea din Banat de „Vierziger" (=40 săptămîni), vindecîndu-se în jurul vîrstei de 1—2 ani. Leziunile se pot impetiginiza, infectarea cu virusul vaccinal sau herpetic producînd *pustuloza vacciniformă Kaposi-Juliusberg*, tradusă prin apariția bruscă de pustulo-bule, ombilicate, febră, adenopatie mare și dureroasă. Din această cauză contactul lor cu copii care sînt recent vaccinați antivariolic sau purtători de herpes, ca și vaccinarea acestor copii antivariolică este interzisă.

Copiii aceștia moștenesc predispoziția de sensibilizare de la părinți, care au prezentat manifestări alergice (astm, rinită, prurigo, eczemă). Alergenele de natură alimentară, microbiană și alergenele inhalante sînt factorii determinanți în apariția exemei sugarului. Tratamentul recomandă regim alimentar prudent, dat fiind vîrsta bolnavilor și nevoia lor de principii alimentari. General se administrează sirop romergan, vitamine (C, F, A), calciu granule, antibiotice în cazul unor infecții adăugate, gamaglobuline, iar local comprese cu acid boric 5‰, soluție de nitrat argint 1/4000, creme cu cortizon și antibiotice (fluocinolon N.)

DISHIDROZA. Afecțiune care apare la mîini și picioare, mai ales pe fețele laterale ale degetelor, sub forma de vezicule profunde, dure, eritemul fiind frecvent absent; veziculele nu au tendință să se deschidă spontan. Apare primăvara, precedată de prurit și usturimi;

erupția are intensități diferite și foarte frecvent survine infectarea; conținutul veziculelor devine purulent — deci apar pustule —, eritem inflamator, chiar limfangite și adenopatie dureroasă.

Dishidroza este pentru unii o formă a eczemei; apare la adult și este provocată de factori microbieni, micotici, chimici, fizici (lumină și căldură). Tratamentul se adresează etiologiei și este asemănător cu cel din eczemă.

HERPES. Afecțiune produsă de un virus cu afinitate dermo și neurotropă, care poate pătrunde în organism pe cale orală, respiratorie, mucoasa genitală, piele, conjunctivă; este un virus ADN auto și eteroinoculabil.

Herpesul este o dermatoză banală, întîlnită la adult pe piele sau mucoase, mai ales pe buze, perioral, mucoasa genitală, fese, obraji, putînd să apară în orice teritoriu. Erupția este precedată de senzație locală de prurit sau usturimi și se manifestă prin plăci eritematoedematoase, pe care se dezvoltă rapid vezicule grupate în buchet. Conținutul clar al veziculelor se tulbură după 1—2 zile, apoi se sparg în cîteva ore pe mucoase, sau în cîteva zile pe tegument, realizînd eroziuni punctiforme sau policiclice, care se acoperă de cruste brune-roșietice; acestea cad destul de rapid lăsînd pete eritematoase, care se șterg în zilele următoare. Putem întîlni adenopatie satelită, ușor sensibilă și o febră ridicată în unele localizări ale herpesului. Durata evoluției este de 5—10 zile. De obicei găsim o singură placă, dar uneori întîlnim 2—3 plăci în aceeași regiune.

Herpesul genital merită atenția noastră, fiind o localizare frecventă care necesită diferențierea de sifilomul primar. Apare ca o placă erozivă, cu margini policiclice și eritem inflamator la periferie; suprafața erozivă este acoperită de un exudat cenușiu-gălbui.

Există forme abortive, fără vezicule aparente, sub formă de plăci eritematoedematoase pruriginoase sau însoțite de arsură; de asemenea forme gigante, flictenulare, herpesuri trenante cu durată de cîteva săptămîni. Ca localizări, pe lîngă cele enumerate mai sus, menționăm unele care pun probleme de diagnostic; herpes toracic, al mîinilor, antebrațelor, degetelor sînt dureroase și fac frecvent adenopatie; herpesul faringian pe lîngă febră duce și la alterarea stării generale; herpesul ocular este generator de keratite. Herpesul survine în cursul bolilor infecțioase, în gripă, meningite, pneumopatii, paludism, după vaccinări și seruri, în intoxicații cu oxid de carbon, benzol; în infecții de focar dentar, amigdalian, otic, sinusal; în tulburări digestive, în insolație, șocuri, traumatisme; forme

Scanned with OKEN Scanner

extensive şi prelungite survin la bolnavii cu hemopatii maligne (leucoze, reticuloze, sarcoame, Hodgkin).

Tratament. Vitamina C în doze mari 1—2 g pe zi, 10—15 zile dă rezultatele cele mai bune, vitamina B_1, gamaglobuline, autohemoterapie; local aplicaţii de apă oxigenată fierbinte, pudră dermatol, badijonări cu soluţie de nitrat de argint 3%, pioctanine (cristal violet 1%).

ZONA ZOSTER. Afecţiune, produsă de un virus identic cu cel al varicelei, caracterizată prin plăci eritematoedematoase, care se acoperă cu vezicule mari, dispuse de-a lungul unui nerv senzitiv, în mod unilateral, erupţia oprindu-se la linia mediană. Veziculele se usucă după 4—5 zile, formează cruste galben-brune după căderea cărora pot rămîne ulceraţii, care se vindecă încet, uneori cu cicatrice albe, pigmentate periferic. Erupţia descrisă se face în pusee şi este precedată de simptome senzitive (arsură, durere, nevralgii), astenie şi febră. La bolnavii cu hemopatii leziunile pot lua un caracter hemoragic (zonă hemoragică), iar la debilitaţi, caşectici un aspect necrotic (zonă gangrenoasă). Adenopatia precoce, dureroasă şi satelită constituie un semn important de diagnostic alături de tulburările senzitive şi erupţia cutanată.

Localizarea cea mai frecvent întîlnită este cea intercostală şi toracoabdominală, toracobrahială; zona oftalmalică, care poate da complicaţii de la simplă conjunctivită la keratită şi irită; zone cervicobrahiale, occipitocervicale; mai rare lomboambdominal, genitocrural, sacroischiatic, femoral, branhial. Zonele maxilarului superior şi inferior produc leziuni şi pe mucoasa bucofaringiană, iar zona ganglionului geniculat şi tulburări senzitive ale celor 2/3 anterioare ale limbii, tulburări auditive şi adesea paralizie facială homolaterală, dureroasă dar tranzitorie. La bolnavii cu leucoză s-au observat zone generalizate. Evoluţia afecţiunii se face în 2—4 săptămîni, dar există cazuri în care durerile, junghiurile sînt rebele persistînd foarte mult timp (la bătrîni); zona zoster conferă imunitate.

Afecţiunea este mai frecventă primăvara, survine la orice vîrstă, apare sub influenţa unor cauze favorizate, ca infecţii acute (pneumonie), infecţii cronice (sifilis, tuberculoză), intoxicaţii medicamentoase, traumatisme, mai ales nervoase, leucoză, alteraţii dentare. Tratamentul se face cu vitamina C intravenos, vitamina B_1 fortissime intramuscular, levomepromazin, algocalmin, iar local tinctură de iod sau nitrat de argint 2% badijonaj, pudraj cu talc de 4—5 ori pe zi, iar după ce leziunile s-au uscat pomezi epitelizante cu tetraciclină 3%, cloramfenicol 5%. În zonele oftalmice apelăm la consultul oftalmologului.

Scanned with OKEN Scanner

SUDAMINA. Apare sub forma unor vezicule mici, provocate de transpirație abundentă, de mărimea unor gămălii de ac, transparente, numeroase, grupîndu-se în anumite regiuni sau pe întreg corpul avînd drept conținut sudoarea. Erupția nu este inflamatorie, nici pruriginoasă, dispare în 2—5 zile cu descuamație. Survine în stări febrile, mai ales la copii. Histologic sînt bule mici subcornoase.

MILIARIA. Erupția este formată tot din vezicule mici cu conținut clar sau tulbure, cu areolă roșie, prurit. Ea rezultă din retenție sudorală, iritații cutanate (produse chimice) și infecție microbiană. Ca tratament se recomandă băi cu permanganat de potasiu slabe (culoare deschisă), pastă cu apă cu cristal violet 0,10%.

EPIDERMOFIȚIA INGHINALĂ. Este o epidermomicoză produsă de epidermofiton inghinale, epidermofiton floccosum și tricofiton rubrum; se localizează în 1/3 superioară a coapsei, fața internă, sub forma unor plăci, cu extindere periferică, suprafața scuamoasă, marginea netă și convexă, ușor reliefată și cu microvezicule. Erupția se poate extinde în regiunea pubiană, scrot, plicile interfesiere, este pruriginoasă și contagioasă direct prin contactul sexual sau prin intermediul obiectelor de folosință în comun. Tratamentul se face cu alcool iodat 1,5%, triamcinolon S sau tumizon.

TRICOFIȚIA PIELII GLABRE. Numită și herpes circinat, se localizează în orice punct al tegumentului dar îndeosebi pe mîini, antebrațe sub forma unor leziuni eritematoscuamoase, rotunde sau ovalare, avînd periferia mai reliefată și cu microvezicule. Extensia se face rapid prin periferie, în timp ce centru devine palid și se vindecă. Tratamentul acestei micoze se face cu soluție Castellani, tumizon, griseofulvină, cîte 2 tablete de 2 ori pe zi la adult, împreună cu o tartină de pîine cu unt.

EPIDERMOFIȚIA PALMOPLANTARĂ. Micoză foarte frecvent întîlnită cu localizare la mîini și cu debut la picioare, este produsă de tricofiton mentagrofites, tricofiton rubrum și epidermofiton floccosum. Începe în spațiul patru și trei interdigital la picioare, cu piele macerată, sub care se găsește eritem, fisuri; bolnavul are prurit seara cînd se descalță — forma intertiginoasă. Alteori apar vezicule în scobitura și pe marginile plantei, vezicule care pot fi întîlnite și la mîini, pe fețele laterale ale degetelor — forma dishidrotică. În unele cazuri acestor două forme le urmează descuamația plantară, hiperkeratoză și fisuri, cîteodată cu dureri și impotență

funcțională constituind — forma scuamoasă, hiperkeratozică a epidermofiției. Afecțiunea este mai frecventă la sportivi, la cei care lucrează în cizme de cauciuc fiind favorizată de transpirație. Ciupercile trăiesc pe pereții bazinelor de înot, echipament sportiv, grătarele din băile publice, în solul de suprafață, de unde se face contaminarea.

Tratamentul se face cu soluție de alcool iodat, soluție Castellani triamcinolon S, locacorten vioform, băi cu acid salicilic 10 g la 2 litri apă caldă timp de 20 minute, o baie la 7 zile; purtarea de ciorapi de bumbac și încălțăminte cu talpă de piele; griseofulvină.

ACRODERMATITA CONTINUĂ HALLOPEAU. Afecțiune rară, debutează la vîrsta adultă sau în a doua copilărie, după un traumatism digital sau palmar sub forma de veziculobule sau de pustule, cu localizare la extremitatea degetelor de la mîini și uneori și a degetelor de la picioare. Veziculele apar pe un eritem la pulpa degetului sau fața lui dorsală, se rup și sînt înlocuite de cruste și scuame. Veziculele se produc neîncetat pe locul debutului sau la periferie și ca urmare a descuamației succesive epiderma devine subțire, netedă, lucitoare, puțin atrofică, avînd în unele zone dimpotrivă teritorii îngroșate și keratozice. Leziunile se pot întinde pe tot degetul și chiar întreaga palmă mai mult decît pe fața dorsală a mîinii; unghiile sînt alterate prezentînd striații verticale, orizontale sau depresiuni punctiforme în aspect de degetar de croitor. În unele forme predomină pustulele, cu localizare în jurul unghiei, cu aspect de perionixis, cu secreții purulente și bolnavii acuză dureri; alteori iau aspect de turniolă cu leziuni buloase. Cu tot caracterul supurativ nu se produc limfangite, adenoflegmoane. Unghiile sînt mai alterate, pot cădea. Evoluția afecțiunii este cronică, cu evoluție în luni, ani. Examenul histologic arată prezența de pustulă spongiformă descrisă de Kogoj, iar examenul bacteriologic absența de germeni. Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu psoriazis pustulos. Tratamentul se face cu soluție Castellani, gudroane, ca pix liquida, unguent cu cortizon și reductoare (tumizon, locacorten tar), iar general corticoterapie în cure scurte, vitamina D_2 o fiolă pe săptămînă, sedative.

Scanned with OKEN Scanner

DERMATOZE BULOASE

IMPETIGO. Este o streptodermie buloasă, care apare la copii, sub formă de bule de dimensiuni mici, înconjurate de halou eritematos; alteori bulele apar pe leziuni eritematoase, au conținut clar, care se tulbură în cîteva ore devenind pustule; ele se concretizează în cruste galben-brune, melicerice. Sub crustă se găsește o eroziune roșie. Sub tratament leziunile se vindecă destul de repede, dar sînt contagioase și autoinoculabile. Impetigo se localizează mai ales pe față, mîini, picioare, gambe, în general pe părțile descoperite supuse traumatismelor și poate fi asociat cu alte streptodermii; perleș, intertrigo. Ganglionii sînt frecvent prinși, măriți de volum și dureroși. Se pot întîlni mai multe forme clinice; impetigo gigant flictenular cu bule mari, impetigo miliar cu bule mici, impetigo uscat circinat cu bule cu conținut minim, care desenează cercuri complete sau incomplete. Tratamentul se face prin spălare cu apă caldă și săpun o dată la trei zile, badijonaj zilnic cu soluție de cristal violet 1% și după 6—7 zile aplicații de pomadă cu tetraciclină 3%. În cazuri mai întinse, cu leziuni numeroase, care cedează mai greu la tratamentul local antibiotice; penicilină, tetraciclină.

MALADIA DUHRING-BROCQ (dermatita polimorfă herpetiformă și dureroasă). Este o afecțiune buloasă, benignă, cronică, recidivantă, polimorfă (bulele apar pe plăci eritematoase sau urticariene), însoțită de prurit și arsură, fără alterarea stării generale. Bulele care apar pot fi mici, dispuse în buchet, ca în herpes, de unde și denumirea de herpetiformă. Bulele au conținut clar, care se tulbură în cîteva zile, transformîndu-se apoi în cruste roșii brune, sub care se găsesc eroziuni, după care urmează epitelizarea, care se termină cu pete pigmentare. Erupția apare de cele mai multe ori la membrele superioare; ea se face în puseuri, astfel că găsim leziuni de toate felurile de la eritem, bulă la pete pigmentare. Se de-

Scanned with OKEN Scanner

scriu două forme clinice: herpetiformă cu bule mici și una pemfigoidă cu bule mari. Semnul lui Nikolsky este negativ. Mucoasele sînt rar interesate. Examenele de laborator arată o eozinofilie sangvină de 10—30%, eozinofilia lichidului de bulă variază între 30—70%, fără ca ele să fie asociate constant. S-au mai găsit hipocloremie, hipoproteinemie, inversarea raportului serine globuline, hipercolesterolemie.

Bolnavii manifestă o sensibilitate marcată la preparatele de iod, brom. Testele cu histamină 0,1 ml ca și cu lichid de bulă sînt pozitive.

În etiopatogenia afecțiunii se invocă teoria virotică, alergică, prin sensibilizarea organismului la halogeni, medicamente, substanțe alimentare, iar în ultimul timp a unui mecanism autoimun.

Tratamentul se face cu sulfone (disulon), corticoterapie în doze moderate de 40—50 mg prednison zilnic, asocierea acestor preparate dînd rezultatele cele mai bune. Se adaugă protecție de antibiotice, vitaminoterapie, antihistaminice de sinteză, iar local badijonaj cu soluție de cristal violet 1%, mercurocrom 1%, pudraj cu talc, pomezi epitelizante (tetraciclină 3%, cloramfenicol 5%).

HERPES GESTATIONIS. Este după majoritatea autorilor maladie Duhring Brocq survenită în a 4-a — 6-a lună de sarcină, uneori la naștere, care se manifestă printr-un prurit violent în teritoriul unde va apare erupția, cu sediul obișnuit periombilical. Apar plăci eritematoase sau urticariene pe care survin veziculo-bule cu evoluția din Duhring. Eozinofilia în sînge sau lichid de bulă este prezentă. Prognosticul este benign pentru mamă, dar nu și pentru făt, care poate muri intrauterin. Erupția dispare la naștere, dar poate reveni la fiecare nouă sarcină. Tratamentul se face cu cortizon ca la maladia Duhring Brocq, antihistaminice, vitaminoterapie ținînd seama de contraindicațiile medicației din sarcină; local aceeași medicație ca în Duhring Brocq cu adausul că poate fi utilizată și pasta cu apă cu mentol 0,5% pentru efectul ei calmant, antipruriginos. În aceste cazuri este necesară colaborarea cu medicul obstetrician.

PEMFIGUS VULGAR. Dermatoză buloasă, de cauză încă necunoscută, cronică și gravă, monomorfă la debut, cu localizări cutaneomucoase, apare la persoane trecute de 40 ani. Bulele constituie elementul eruptiv primordial, care apare pe piele aparent sănătoasă, fără eritem; la început puține la număr, prin pusee succesive ajung să cuprindă întreaga suprafață a corpului: au conținut clar, care se tulbură după cîteva zile; bulele se sparg lăsînd în locul lor ero-

Scanned with OKEN Scanner

ziuni sîngerînde, apoi cruste roşii-brune, urmate de pigmentaţii, deci erupţia monomorfă iniţial devine polimorfă. Durata unei bule este de 8—15 zile, ulterior însă vindecarea se face mai greu. Starea generală se alterează, apare febra, astenie, anorexie, bolnavii slăbesc zeci de kilograme în cîteva săptămîni. Semnul lui Nikolsky, care traduce fragilitatea crescută a epidermei, se practică în apropierea bulelor, pe un plan osos, prin presiune puternică cu degetul; el este pozitiv cînd se produce dezlipirea epidermei, apărînd un fel de bulă flască.

Leziunile mucoaselor sînt foarte frecvente şi de multe ori pemfigusul debutează cu leziuni în cavitatea bucală, unde bulele se rup repede şi le găsim sub formă de eroziuni, cu resturi epidermice la periferie, dureroase; faringele, laringele, mucoasa nazală, genitală, conjunctivita pot fi interesate.

Examinările de laborator arată uşoară anemie, leucocitoză, hipoproteinemie, hipergamaglobulinemie cu inversarea raportului serine/globuline; hipocloremie, hiponatremie, hiperkalemie, scăderea 17 cetosteroizilor urinari, creşterea transaminazelor serice. Citodiagnosticul Tzanck este o metodă valoroasă pentru precizarea diagnosticului; se recoltează, cu o ansă, produsul patologic de pe fundul bulei, se colorează cu metoda May-Grünwald Giemsa şi se examinează la microscop. Citodiagnosticul Tzanck este pozitiv în pemfigus, cînd apar celule malpighiene acantolitice mari, cu nucleu mare, avînd în jur o zonă clară şi citoplasmă bazofilă. Aceste celule le găsim izolate sau confluate în placarde.

Pemfigus vegetant apare sub formă de bule, la nivelul plicilor axilare, inghinocrurale, submamare, interfesiere, care după ce se sparg se acoperă de proliferări papilomatoase zemuinde ce pot cuprinde întreaga plică. Evoluţia acestei forme este aceeaşi ca la pemfigusul vulgar, citodiagnosticul Tzanck este pozitiv, semnul lui Nikolsky de asemenea prezent.

Pemfigus foliaceu debutează cu bule flasce, cu conţinut minim în lichid; sînt localizate mai superficial intramalpighian şi se rup rapid, producînd scuame largi, uşor decolabile. Cînd leziunile sînt întinse afecţiunea ia aspect de eritrodermie descuamativă. Nu găsim leziuni pe mucoase, citodiagnosticul Tzanck şi semnul Nikolsky sînt pozitive, prognosticul mai bun, evoluţia fiind mai lungă şi starea generală menţinîndu-se bună.

Pemfigus seboreic (sindrom Senear Usher) apare la adult fie prin leziuni buloase mici sau prin plăci eritematoscuamoase de tip seboreic şi cu localizare caracteristică (şanţurile nazogeniene, frunte, retroauricular, pielea capului, presternal, interscapular), mai

Scanned with OKEN Scanner

rar de tip lupus eritematos în vespertilio. Semnul lui Nikolsky este cînd pozitiv cînd negativ; mucoasele sînt indemne, iar semnele generale obișnuit discrete. Are evoluție lungă, cronică și prognostic benign.

Etiopatogenie. Etiologia pemfigusului rămîne necunoscută. Cercetările bacteriologice și virusologice nu au prezentat nici o concluzie valabilă. Natura autoimună este susținută actualmente prin evidențiere de anticorpi antisubstanță intercelulară. Mecanismul producerii acantolizei s-ar datora fermenților proteolitici (proteaze) din celule epidermice sau inactivării inhibitorilor acestor fermenți.

Tratamentul pemfigusului se face cu doze mari de prednison 80—100 mg zilnic, administrate fracționat, cu o scădere după vindecarea leziunilor, de 5 mg la interval de 3—4 zile, pînă la 10—20 mg zilnic, care urmează a fi administrată timp de cîteva săptămîni ca doză de întreținere; reducerea rapidă și suprimarea completă a medicației cortizonice poate duce la recidive cu erupții mai severe, care necesită reluarea corticoterapiei cu doze chiar mai ridicate. Protecția cu antibiotice este obligatorie la administrarea dozelor mari de cortizon; utilizăm de obicei penicilina injectabilă și tetraciclina; vitaminoterapie, sare fără sodiu, sau clorură de potasiu 2—3 g zilnic, clortestosteron o fiolă la 7 zile, doze mici de madiol sau naposim. Transfuziile repetate în cazurile grave, administrarea de gamaglobuline 2 fiole pe săptămînă sînt indicate. Medicația imunodepresivă (methotrexat, imuran) asociată corticoterapiei constituie astăzi medicația de bază; în plus, imunodepresivele ajută la scăderea mai rapidă a dozei de cortizon zilnic. Bolnavii de pemfigus, care devin corticodependenți, trebuie supravegheați controlîndu-se tensiunea arterială, glicemia, hemoleucograma, hiperaciditatea gastrică, examenul urinei.

Tratamentul local se face prin badijonaj cu pioctanine (soluție de cristal violet 1%, soluție mercurocrom 1%, soluție Castellani), talc, pomezi epitelizante cu tetraciclină 3%, cloramfenicol 5%, neomicină 5%. În cavitatea bucală badijonaj cu albastru de metilen 1%, glicerină boraxată 10%, gargară cu soluții dezinfectante.

PEMFIGUS CRONIC BENIGN FAMILIAL (Gougerot-Hailey-Hailey). Afecțiune cu caracter familial, se transmite în dominanță, apare la adolescenți sau adulți, excepțional înainte de pubertate, niciodată la naștere, sub formă de veziculo-bule pe părțile laterale ale gîtului, axile, regiunile inghinocrurale, perianal. Bulele sînt mici, conținutul redus, se transformă în eroziuni și cruste gălbui;

Scanned with OKEN Scanner

aceste leziuni se dispun în placard bine delimitat, cu contururi circulare, descuamative. Bolnavii au prurit. Afecțiunea are un caracter cronic, cu pusee primăvara și mai ales vara, cu durată de săptămîni sau luni, cu remisiuni de lungă durată, cu recidive constante. Prognosticul este benign. Examenul histopatologic arată acantoliză, dar lipsesc monstruozitățile celulelor acantolitice din pemfigusul vulgar. În etiologie se atribuie un rol traumatismelor, frecăturilor produse de chiloți de baie, razelor solare, căldurii, transpirației, factorilor infecțioși. Tratamentul se face cu antibiotice, sulfamide, vitamina A în doze mari 150 000 unități pe zi, corticoterapie locală și generală, pioctanine local.

PEMFIGOID BULOS. Afecțiune descrisă de Lever, apare după etatea de 40 ani cu bule pe plăci eritematoase, urticariene sau pe tegument aparent sănătos, de obicei fără interesarea mucoaselor; se localizează în plicile inghinale, axile, fețele de flexie ale membrelor. Bulele sînt mari, au lichid clar sau hemoragic, localizate subepidermic inițial, devin intraepidermice după regenerarea epidermei care începe de la periferie. Durata afecțiunii este de la cîteva luni la cîțiva ani, prognosticul este benign, cu remisiuni de cîteva luni și recidive frecvente. Este considerată ca o boală cu mecanism autoimun; tratamentul se face cu preparate de cortizon asociate cu imunodepresive (imuran, methtrexat), iar local badijonaje cu pioctanine, talc, pomezi epitelizante cu antibiotice, (vezi capitolul anterior — pemfigus vulgar).

PORFIRII CUTANATE. Afecțiuni în care uroporfirinuria crescută constitue semnul biologic esențial în majoritatea porfiriilor cutanate. Clasificările sînt multiple, clinice, bio-chimice, etiologice. Le vom descrie în ordinea frecvenței întîlnită în practică.

Porfiria cutanată tardivă se caracterizează prin bule, elementele cele mai evocatoare, care apar pe mîini, pe față, ceafă, puține la număr precedate de prurit și usturimi; ele se rup în două, trei zile, transformîndu-se în eroziuni, cruste brune, apoi pete pigmentare și cicatrice. Mucoasele sînt indemne. Pielea are o fragilitate deosebită, traumatismele minore producînd escoriații, care și ele se cicatrizează rapid determinînd pete atrofice albe sau pigmentate. Microchiste (grăunți de milium) sînt aproape întotdeauna prezente, reprezentînd formațiuni chistice sudoripare. Uneori se găsește hipertrichoză temporo-malară sub forma de smocuri de peri negri pe pomeți și zonele latero-orbitare, alături de pete gri murdar sau brune. Alteori întîlnim aspecte sclerodermiforme pe fețele laterale

ale gîtului, ceafă, umeri, tîmple, pielea capului de culoare albgălbui, ivorie, brună sau pestriță.

Urinile bolnavilor sînt de culoare roșie-portocalie (vin de Bourgogne) sau brune, culoare care poate apare la cîteva minute sau ore după expunere la aer; hepatomegalia este frecventă, tulburările digestive minore. Apare mai ales la bărbați și are evoluție cronică.

Sindromul biologic cel mai important este prezența uroporfirinuriei I și III, porfirinele, care în mod normal se găsesc numai pînă la 10 gama/24 ore, cresc la 1—10 mg/24 ore; hipersideremia este un alt element, cu toate că nu este întotdeauna evidențiată; hiperglicemiile provocate au fost observate ca pozitive în 25—50 la sută din cazuri.

Porfiria acută intermitentă are caracter ereditar, cu transmitere în dominanță, apare între 20—40 ani prin semne digestive (dureri, vomismente, manifestări pseudoapendiculare, pneudooclusive, constipație), semne neuropsihice (epilepsie, tulburări psihice, paralizii), puseele fiind favorizate de factori toxici (medicamente). În urină se găsește porfobilinogen, uroporfirină III, dar lipsesc semnele cutanate.

Porfiria mixtă include manifestări abdomino-nervoase și cutanate întîlnite în porfiria cutanată tardivă. În urină găsim porfobilinogen, uroporfirină și coproporfirină.

Aceste trei forme sînt încadrate în porfiriile hepatice.

În etiopatogenia lor poate fi invocat un factor genetic, alcoolismul cronic, subalimentația în unele țări, medicamente porfirinogene (sulfamide inclusiv hipoglicemiante, antimalarice, griseofulvina, estrogeni), hexaclorofenul utilizat ca fongicid.

Manifestările cutanate survin în pusee sezoniere primăvara, vara la expuneri la soare, după folosirea alcoolului, ca urmare a unor intoxicații, traumatisme locale sau în cursul unor infecții (hepatită virală).

Tratamentul prevede suprimarea alcoolului, protejarea împotriva soarelui, evitarea medicamentelor porfobilinogene (sulfamide, barbiturice, griseofulvină, estrogeni). Rezultatele cele mai bune le dă desferalul, administrat 1 g zilnic i.m. prima săptămînă, apoi 0,5 g în următoarele 2 săptămîni. Extracte hepatice și vitamine din grupul B (B_1, B_2, B_6, B_{12}), aspatofort 1—2 fiole zilnic i.v. metionină 1—2 g pe zi, tonozit 3—4 tablete pe zi, edetamin i.v. sau i.m., corticoterapie în doze mijlocii, cure scurte. Sîngerările 200—500 ml la 10 zile ar da rezultate bune. Protecție antisolară cu creme cu antipirină 10%, săruri de chinină 10%.

Porfiriile eritropoetice sînt congenitale;

— *maladia Günther* este rară, se transmite ereditar, recesiv, cu apariţia primelor manifestări înainte de un an, pe părţile descoperite, traducînd o fotosensibilizare intensă. Erupţia este formată din bule, care se necrozează, produc ulceraţii, cicatrice deprimate, uneori telangectazice, formele grave realizînd **porfiria congenitală** *mutilantă* cu pierderi de substanţă cutanată, mucoasă, cartilagii şi os, simulînd lupusul tuberculos sau lepră; aceste forme se însoţesc de leziuni oculare grave, febră, adenopatie. Eritrodonţia (culoarea roşie-brună a dinţilor) este un semn important dar inconstant. Se mai întîlneşte splenomegalie, hepatomegalie, anemie. Urinele au culoare roşie şi devin brun-negre la aer. Examinările de laborator arată prezenţa de uroporfirină I şi coproporfirină. Evoluţia este cronică, instalarea de leziuni profunde şi infecţiile intercurente duc la exitus. Afecţiunea se datoreşte unui deficit enzimatic în sinteza porfirinelor, cu producerea în exces de uroporfirină şi coproporfirină în eritroblaşti şi eritrocitele din măduva osoasă. Tratamentul se face cu adenyl, obţinîndu-se rezultate şi prin splenectomie;

— *porfiria cutanată a copilului sau hidroa vacciniformă* ar fi o formă mai uşoară de porfirie congenitală, care apare spre 8—12 ani printr-o erupţie papuloveziculoasă şi bule ombilicate central pe faţă şi mai ales pe urechi, producînd cicatrice varioliforme. Uroporfirina este inconstantă, prognosticul benign;

— *protoporfiria eritropoetică* are transmitere dominantă, uro şi coproporfirinele lipsesc, protoporfirina fiind foarte crescută în eritrocite, eritroblaşti din măduva osoasă, creşterea protoporfirinelor fecale. Simptomul iniţial este senzaţia de arsură sau prurit violent în primele minute de expunere la soare şi apariţia apoi după 6—12 ore de eritem edematos pe părţile descoperite, cu vezicule, bule, însoţite uneori de disfonie. După faza acută survin escoriaţii, ulceraţii, mici cicatrice, scuame sau procese hiperkeratozice. Unghiile sînt adesea alterate, opace cu absenţa lunulei; hepatosplenomegalia este rară, frecvent fiind însă litiaza biliară. Tratamentul se face cu adenină, vitamina B_6, vitamina PP, creme antisolare.

EPIDERMOLIZA BULOASĂ. Afecţiune ereditară şi familială, apare la naştere, rar mai tîrziu, sub formă de bule, întotdeauna sub influenţa unor traumatisme, pe regiunile mai expuse. Se descriu două forme clinice mai importante:

— *epidermoliza buloasă simplă* se transmite în dominanţă regulată, apare pe zonele de elecţie: genunchi, coate, mîini, picioare sub formă de bule pe tegument aparent sănătos. Bulele se usucă,

Scanned with OKEN Scanner

se descuamează, lasă în urmă o epidermă roză, fără cicatrice, atrofii sau pigmentații. Mucoasa bucală poate fi interesată prin apariția unor bule produse de masticație. Starea generală bună, afecțiunea se atenuează cu vîrsta și dispare la adolescență;

— *epidermoliza buloasă distrofică* se transmite în recesivitate sau în dominanță. Se caracterizează prin bule apărute spontan sau traumatic, cicatrice atrofice postbuloase, chiste epidermice, alterații unghiale și alte tulburări distrofice. Apare în primele săptămîni de viață, un pseudo semn Nikolsky este pozitiv, iar la coate și genunchi pielea devine subțiată, se plisează ușor, apare ca o foiță de țigară încrețită. Mucoasele, mai ales cea bucală, sînt interesate. Alterațiile unghiale ca pachionichii, onichogrifoză, aplazii sau dispariții complete ale unghiilor sînt observate. Extremitatea degetelor este efilată, atrofiată, pseudosclerodermică; se pot întîlni de asemenea keratoze palmo-plantare, tulburări endocrine, psihice. S-au descris forme ulcero-vegetante, hiperplazice, polidisplazice, forme grave zise maligne, albă papuloidă (Pasini). Tratamentul se face cu cortizon, vitamina A în doze mari, vitamina C, vitamina B_{12}, vitamina E, cu rezultate insuficiente. Local se aplică pioctanine pentru a preveni infectarea leziunilor.

ACRODERMATITA ENTEROPATICĂ. Afecțiune adesea familială, apare la copii între 3 săptămîni—18 luni, prin leziuni cutaneomucoase la care se asociază tulburări digestive și tulburări de caracter. Leziunile cutanate apar fie sub formă de plăci eritematoscuamoase sau veziculobuloase, dispuse simetric în jurul gurii, ochilor, pe mîini, picioare, genunchi, coate, regiunea genitală și interfesier cu aspect psoriaziform, leucokeratoză. Tabloul cutanat este completat de alopecie difuză sau totală cu rarefierea sprîncenelor și cililor. Tulburări digestive sînt reprezentate de anorexie, dureri abdominale și diaree cu scaune abundente gri-gălbui, spumoase, fetide, bogate în grăsime (steatoree). Copilul este trist, apatic, negativist, atitudine schizoidă și ține capul înclinat.

În etiologie au fost incriminate: leziuni ale intestinului gros, paraziți intestinali, procese inflamatorii de origine congenitală la nivelul intestinului, o scădere în metabolismul acizilor grași nesaturați. S-a constatat că există un raport între afecțiune și scăderea titrului zincului în sînge (normal 0,80—1,20 mg/l) care este de mai puțin de 0,33 mg/l, aceasta fiind determinată genetic.

Tratamentul se face cu dilodohydroxiquinoleină în doză de 2—6 tablete la copii, dar s-au raportat accidente ca nevrită optică, manifestări neurologice periferice și medulare. Astăzi tratamentul

se face cu sulfat sau gluconat de zinc în doză zilnică de 10—20 mg/kg corp (Solvozinc conține 200 mg sulfat de zinc pe tabletă).

PEMFIGOID BENIGN AL MUCOASELOR (pemfigus ocular, dermatită buloasă mucosynechiantă și atrofiantă). Se manifestă prin leziuni oculare, cu apariția de bule inițial, care sînt rar observate, conjunctivită banală sau mucopurulentă și symblefaron parțial dispus adesea în unghiul extern al fundului de sac inferior. Symblefaronul progresează, apar și leziuni corneene care duc în cîțiva ani la amauroză definitivă, la cecitate totală prin interesarea ambilor ochi. Alte mucoase pot fi atinse; laringiană, nazală, genitală, anală. Leziunile cutanate găsite numai în 1/3 din cazuri sînt de tip maladia Duhring-Brocq cu rară eozinofilie, testul la iod obișnuit negativ. Histopatologic bula este dermo-epidermică, epiderma fiind ridicată în bloc și nealterată, fără acantoliză.

Tratamentul se face cu sulfapiridină în doze de 1,50 g pe zi, timp de 3—4 luni, cu preparate cortizonice. Rezultate bune le dau grefele cu mucoasa gingivo-jugală a bolnavului prin refacerea fundului de sac conjunctival, care practicată într-o fază precoce oprește evoluția spre amauroză.

PEMFIGOID EPIDEMIC AL NOU-NĂSCUȚILOR. Apare în primele zile după naștere, alteori după cîteva luni, sub forma de bule pe trunchi și membre, niciodată pe palme sau plante, survenind în mici epidemii în creșe. Bulele au conținut clar, care se tulbură după 2—3 zile, apoi se rup, se crustifică și se vindecă în 7—8 zile, fără cicatrice. Afecțiunea este autoînoculabilă și contagioasă astfel că sugarii trebuie izolați. Tratamentul se face cu soluție de cristal violet 1% și pomadă cu tetraciclină 3%.

PEMFIGOID SIFILITIC AL NOU-NĂSCUȚILOR. Pemfigoidul sifilitic există de la nașterea copilului, sau apare în primele zile de viață, foarte rar după prima săptămînă; se localizează exclusiv pe palme și plante sub formă de pete papuloase, infiltrate, violacee pe care se formează bule mici sau voluminoase, cu conținut seros sau sero-purulent în care abundă treponeme. În 2—3 zile bulele se rup, se formează cruste roșii-brune, care acoperă niște exulcerații. Leziunile descrise sînt foarte contagioase și ele indică un prognostic grav al sifilisului sugarului.

Tratamentul se face cu penicilină cristalină conform schemei Ministerului Sănătății.

Scanned with OKEN Scanner

DERMATOZE PUSTULOASE

FOLICULITE ACUTE SUPERFICIALE (impetigo Bockhart). Afectează ostiumul folicular (ostio-foliculită) și apare printr-o pustulă superficială alb-gălbuie, cît o gămălie de ac, centrată de un fir de păr, avînd în jur un halou inflamator. După cîteva zile, dacă nu sînt maltratate, conținutul se usucă, se transformă în cruste mici, care se elimină fără să lase urme.

Apar la bărbierit, în jurul plăgilor infectate, perigenital în urma unor secreții patologice vaginale, după comprese prelungite. Afecțiunea poate fi prevenită prin dezinfecție cu apă oxigenată, alcool salicilat 2% ; pustulele se deschid și se aplică soluția cristal violet 1%.

ORGELETUL SAU URCIORUL. Este o foliculită profundă acută, localizată la gene, sub forma unui mic nodul dureros, care abcedează și se deschide, avînd de multe ori caracter recidivant.

FOLICULITA NARINARĂ. Este tot o foliculită profundă acută, ce apare în urma unor rinite sau după epilarea firelor de păr din nas. Iritată se poate transforma într-un furuncul cu prognostic sever.

În aceste două forme de foliculită profundă acută se recomandă aplicații de alcool salicilat 2%, badijonaj cu cristal violet, iar în foliculita narinară și tratament cu antibiotice.

SICOZIS STAFILOCOCIC. Este o foliculită profundă subacută, care apare la adulți în barbă și mustață, sub forma unor pustule, care se transformă în mici noduli, de mărimea unor boabe de mazăre, cu dezvoltarea în profunzime a unor microabcese perifoliculare „în buton de cămașă". Debutează cel mai frecvent pe buza superioară, bilateral, după o rinoree, după bărbierit, cu evoluție subacută, cu perioade de exacerbări, firul de păr rămînînd intact.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul se face prin antibiotice, în funcție de antibiogramă, anatoxină și vaccin antistafilococic, iar local pioctanine, pomezi cu antibiotice.

SICOZIS TRICOFITIC. Apare unilateral în barba adulților prin pustule foliculare, care se transformă în mici nodozități; perii sînt alterați, cad, sau se extrag cu ușurință. Examenul firului de păr arată o parazitare endo-ectotrix varietatea microid, sporii fiind mici, dispuși în lanțuri. Are o evoluție mai acută, răspunde mai bine la tratamentul cu antibiotice pe cale generală, iar local comprese cu rivanol 1‰, apă iodată 1/4 000, pioctanine, pomezi cu antibiotice, epilarea mecanică a firelor de păr.

FURUNCUL. Este o foliculită profundă, cu perifoliculită, necrozantă, care debutează printr-o pustulă foliculară dispusă pe un nodul infiltrat, roșu și dureros, înconjurată de edem inflamator. După cîteva zile pustula se sparge, se elimină un puroi alb-gălbui, apoi un dop sfacelar — burbion — care lasă o depresiune crateriformă, urmată de cicatrice deprimată. Se poate localiza în orice teritoriu cutanat, dar mai frecvent pe ceafă, membre superioare, inferioare, pe față, spate și fese; localizat în nas și ureche este foarte dureros.

Carbunculul este o grupare de furunculi, cu tumefacție întinsă, cu simptome generale severe, cu localizarea cea mai frecventă la ceafă. Procesul necrotic produce ulcerații crateriforme de dimensiuni mari, sîngerînde, cu cicatrizări inestetice.

Furunculoza malignă a feței înseamnă furuncul localizat la buza superioară, narine sau în jur, cu alterarea stării generale, cu febră de 39—40°, apariția unei complicații redutabile tromboflebita sinusului cavernos, precedată de formarea unei flebite a venei faciale, exitusul putînd surveni în cîteva zile prin meningită, septicemie.

Tratament. Furunculul nu trebuie maltratat; nu se stoarce, nu se deschide cu bisturiul pentru că disemineaza infecția. Se administrează antibiotice pe baza antibiogramei, local se fac comprese calde cu rivanol 1‰, de trei ori pe zi cîte 30 minute, schimbate la 10 minute, sau unguent ihtiolat 10%, iar după ce a ajuns la supurație se deschide cu electrocauterul aplicîndu-se apoi pioctanine, pomezii epitelizante — unguent tetraciclină 3%, neomicină 5%. La bolnavii care fac furunculi în mod repetat este necesară efectuarea glicemiei.

Scanned with OKEN Scanner

HIDROSADENITA. Este o stafilodermie a glandei sudoripare apocrine, întîlnită în regiunea axilară, mai rar în regiunea areolei mamare, perineală, care apare sub forma unei induraţii roşii, dureroase; poate ajunge la mărimea unei nuci şi ea abcedează după ce se ramoleşte, lăsînd să se scurgă un puroi cremos puţin abundent. Absenţa pustulei şi a burbionului o deosebeşte de furuncul. Traumatizat, prin stoarcere mai ales, duce la extinderea infecţiei şi la alte glande şi la persistenţa hidrosadenitei. Tratamentul se face cu antibiotice pe bază de antibiogramă, unguent cu ihtiol 10%, deschidere cu electrocauterul, aplicaţii de pioctanine, pomezi cu antibiotice.

ABCESE MULTIPLE ALE SUGARILOR. Stafilodermie a glandelor sudoripare ecrine, apare la sugarii şi copii mici neîngrijiţi, debilitaţi, sub forma unor mici noduli, care se pot transforma cu timpul în adevărate abcese; survine în pielea capului de unde se poate extinde pe tot tegumentul, alterînd starea generală a copilului. Antibioterapia precoce, igiena riguroasă, deschiderea abceselor, drenarea lor, aplicaţii de pioctanine şi pomezile epitelizante rezolvă această afecţiune.

ACNEEA POLIFORMĂ JUVENILĂ (acneea vulgară). Afecţiune frecventă a adolescenţei, evoluează în pusee între 13—25 ani, după care se atenuează şi chiar dispare. Se caracterizează prin teren seboreic şi comedoane, papule, papulo-pustule, noduli, abcese şi cicatrice. Se localizează pe faţă, frunte, menton, pe umeri, toracele posterior şi anterior. După predominanţa unora dintre leziuni deosebim acnee comedoniană, pustuloasă, flegmonoasă. Etiopatogenia este foarte complexă; doi factori sînt importanţi: seboreea şi infecţia; la aceştia se mai adaugă tulburările digestive, focarele de infecţie, tulburările glandulare, tulburări nervoase ca factori favorizanţi.

Tratamentul general se adresează în primul rînd infecţiei şi stării seboreice, recomandîndu-se antibiotice, tratament hormonal: sintofolin 2 tablete pe zi timp de 5 zile imediat după ciclul menstrual şi progesteron 3 fiole, una la 2 zile între a 17—23-a zi a ciclului. Vitaminoterapie B_6, A, F, D_2, corectarea tulburărilor digestive şi regim alimentar cu evitarea condimentelor, afumăturilor, dulciurilor în exces. Folcisteina în cure de 15—20 fiole, cystină 2—3 caşete pe zi; anatoxină şi vaccin antistafilococic în cazuri

Scanned with OKEN Scanner

mai rebele la tratament. Local se administrează soluții degresante cu acid salicilic 1,5%, pudraj cu ihtiol 3%, creme cu foliculină, tumizon.

Rp. Acid salicilic 1,5 g.
Rezorcină
Camfor — aa 1 g.
Eter sulfuric 10 ml.
Alcool 70 100 ml.

DS. Extern: se șterge fața de două ori pe zi cu un tampon de vată.

Rp. Sulf pp 1 g.
Ihtiol 0,5 g.
Foliculină 10 000 u.
Hidrocortizon 100 mg.
Oxid de zinc 3 g.
Jecolan 1 tub.

DS. Extern: se aplică în fiecare seară în strat subțire.

ACNEEA NECROTICĂ. Se caracterizează prin leziuni papulo-pustuloase, care devin ombilicate, fac o crustă în centru, care căzînd lasă o cicatrice ștanțată. Erupția apare pe frunte, la marginea pielii păroase a capului și este considerată a fi de natură stafilococică. Ca tratament se recomandă badijonaj cu acid tanic 2% în alcool de 96%, pomadă cu tetraciclină 3%, antibiotice pe bază de antibiogramă.

ACNEEA CONGLOBATĂ. Afecțiunea debutează prin foliculite superficiale și profunde, abcese, care fac adevărate galerii și duc la formarea de fistule, bride cicatriceale, tunelate. Foliculitele se dispun uneori pe noduli dermo-hipodermici. Localizarea afecțiunii se face pe torace, membre, regiunea perianală și fesieră simulînd o tuberculoză cutanată. Etiologia infecțioasă este cea mai admisă astăzi; ar fi produsă de coci, pe teren tuberculos; ereditatea, carențele în Vitamina C și vitamina D_2 fiind invocate.

Tratamentul se face cu antibiotice, vitamina C, vitamina D_2, distrugerea prin electrocoagulare a focarelor sau chiar ablația chirurgicală, pioctanine, pomezi epitilizante cu tetraciclină 3%.

ACNEEA PROFESIONALĂ ȘI MEDICAMENTOASĂ. Gudroanele, uleiul de cad, hidrocarburile, uleiul de gresaj pot produce foliculite și keratoze foliculare. Brillantina, cremele de frumusețe

Scanned with OKEN Scanner

preparate cu uleiuri minerale impure, determină apariția unor comedoane și foliculite. Iodurile, bromurile injectate pot produce după utilizarea prelungită erupții acneice, ca și preparatele cortizonice.

FOLICULITA CRONICĂ SCLEROASĂ HIPERTROFICĂ A CEFEI (acnee cheloidiană). Debutează prin foliculite la ceafă, la limita părului, care se dispun în bandă orizontală, formînd cu timpul cicatrice hipertrofice, scleroase, în care sînt înglobate smocuri de fire de păr. În partea inferioară a acestei benzi, cicatricele sînt plane și alopecice. Se întîlnește la adulți de sex masculin, are evoluție cronică și necesită tratament de durată. Tratamentul se face cu antibiotice, anatoxină și vaccin antistafilococic, ședințe de zăpadă carbonică cu presiune și durată, repetate la 10—14 zile, pioctanine, pomezi epitelizante.

PUSTULOZA VACCINIFORMĂ KAPOSI-JULIUSBERG. Este o complicație gravă a dermatitei atopice a sugarului datorită inoculării, contaminării cu virus vaccinal sau cel herpetic. Apare la sugari, la față pe leziunile erozive și zemuinde ale dermatitei atopice sub forma de pustule ombilicate; erupția se face în pusee, apar noi veziculopustule, care se pot extinde și în noi teritorii prin autoinoculări. Starea generală a copilului se alterează, febra 40°, fața se edematiază, iar leziunile iau aspect variceliform, varioliform, vacciniform cu apariția de cruste și cicatrice. Leziunlie sînt dureroase, apare adenopatie. Evoluția în trecut mergea spre exitus, astăzi datorită antibioterapiei prognosticul s-a îmbunătățit, fiind aproape întotdeauna favorabil, dacă se intervine la timp.

Tratamentul profilactic interzice venirea în contact a sugarului cu dermatita atopică cu persoanele vaccinate recent antivariolic și de asemenea interzicerea vaccinării antivariolice a acestor copii. Tetraciclina produce ameliorări rapide; la aceasta se adaugă gamaglobuline, iar local pioctanine, pomezi cu antibiotice.

Scanned with OKEN Scanner

DERMATOZE CU TUBERCULI

LUPUS TUBERCULOS. Este constituit din mai mulți tuberculi lupici (lupomi) de culoare roșie-violacee, de mărimea unor boabe de mei sau linte, de consistență moale, catifelați la palpare, aflați la nivelul pielii sau ușor reliefați.

La vitropresiune tuberculii iau o colorație galben-brună, ca marmelada de mere, iar apăsarea cu stiletul butonat deprimă ușor tuberculul, fapt ce demonstrează că are o consistență moale. Evoluția tuberculului lupic se face prin apariția unei cicatrice, fie ca urmare a unui proces de scleroză interstițială, sau în urma unui proces necrotic urmat de ulcerație.

Lupusul tuberculos se localizează în 4/5 din cazuri la față.

Se cunosc două forme clinice importante: lupus plan și lupus proieminent.

Lupusul plan este constituit de tuberculi, care nu fac relief sau sînt foarte ușor ridicați din planul pielii, confluați în plăci de cîțiva centimetri diametru, cu tuberculi recunoscuți la periferie. Centrul pierde aspectul inflamator și apare cicatrice albicioasă în care pot apare tuberculi de recidivă. Această formă nu ulcerează.

Lupusul proieminent are tuberculi care fac relief cu 2—4 mm la suprafața pielii, ulcerează, avînd mai multe forme clinice:

— *lupus ulcero-crustos* se localizează mai frecvent la nas, ducînd la distrugerea părților moi și cartilaginoase, determinînd mutilări (*lupus vorax*). Ulcerațiile au margini subminate, fundul este acoperit de țesut necrotic, cruste galben-brune. Pe membre și trunchi ulcerațiile sînt mai superficiale și evoluează serpiginos (șerpuitor);

— *lupus tumid* prezintă lupomii înglobați într-o masă roșie-gălbuie, cuprinzînd o zonă întinsă, sub o epidermă subțiată, transparentă, nescuamoasă; se localizează pe nas;

— *lupus mixomatos* apare pe lobul urechii, care este dublat sau triplat de volum, prin tuberculi mari lupici înglobați într-o

Scanned with OKEN Scanner

masă gelatiniformă, galbenă, moale cu epiderma destinsă, netedă și transparentă. Aceste două ultime forme nu ulcerează.

S-au mai descris: lupus congestiv, eritemato-tuberculos, lupus diseminat eruptiv, lupus papulonodular etc.

Lupusul mucoaselor se întîlnește în 3/4 din cazuri, constituind punctul inițial de apariția lupusului sau una din principalele cauze a recidivelor. În cavitatea bucală gingiile herniază, sîngerează și sînt acoperite de granulații și ulcerații. Mucoasa jugală, bolta palatină, lueta, peretele posterior al faringelui pot prezenta o infiltrație difuză, granuloasă, nodulară, ulceroasă. În nas pe septul cartilaginos, pe o infiltrație difuză, găsim mici ridicături moi sîngerînde și erodate, care duc la perforația septului.

Lupusul apare mai frecvent la adolescență, evoluează lent și se poate complica, mai ales în formele ulcerate cu erizipel și impetiginizări; foarte rar se malignizează.

Tratamentul se face cu strevital (streptomicină), cel puțin 30 zile sau rifampicină, tebemicină sau kanamicină în asociere cu chimioterapice antituberculoase — cel puțin unul sau două preparate pentru a preveni rezistențele —, izoniazida, fintozid, nizotim, pirazinamidă, tiocarlid, ethambutol; vitamina D_2 buvabilă. Local se pot face aplicații de zăpadă carbonică, electrocoagulări superficiale.

SIFILIDE TUBERCULOASE. Sînt compuse din tuberculi situați în derma profundă; aceștia au culoare roșie-brună, arămie, sînt îndurați, nedureroși și reliefați cu cîțiva milimetrii față de tegument; sînt de mărimea unor boabe de linte sau bob de mazăre și se localizează mai frecvent pe față (nas, frunte, buza superioară), trunchi, membre și pielea capului dispunîndu-se în inele, cercuri concentrice, arcuri de cerc, buchete. Sifilidele tuberculoase sînt de două feluri:

— *sifilide tuberculoase uscate* care nu ulcerează, dar produc cicatrice atrofice deprimate, depigmentate central și hiperpigmentate periferic;

— *sifilide tuberculo-ulceroase* care ulcerează, ulcerația avînd margini bine delimitate, tăiate drept producînd același fel de cicatrice. Uneori ulcerațiile sînt acoperite de cruste brune, groase, aderente constituind forma de sifilide tuberculo-ulcero-crustoase.

Aceste sifilide se întîlnesc în sifilisul terțiar.

GRANULOM ANULAR. Afecțiune întîlnită la adulți, pe mîini, membre superioare și inferioare, mai rar pe întinderi mai mari, sub forma unor ridicături globuloase, grupate în inele, care sar spațiile

interdigitale; leziunile au mărimea unor gămălii de ac pînă la cea a unui bob de mazăre, sînt ferme și de culoarea pielii normale sau roz. Evoluția este lentă în luni sau în ani; erupția nu ulcerează, poate dispare spontan sau sub influența tratamentului fără să lase urme.

Granulomul anular a fost considerat de etiologia bacilară, teorie susținută prin argumente biologice, clinice, histologice și combătută azi; au mai fost invocate teoria alergică și a maladiilor de colagen. Uneori granulomul anular realizează unul din aspectele clinice ale dislipoidozei Oppenheim Urbach.

Tratamentul se face cu antituberculoase în cazul existenței unor argumente etio-patogenice, vitamina E, infiltrații cu volon A_{10} sau volon A_{40}, crioterapie, pomezi cu cortizon. O biopsie sau electrocoagulare parțială poate face să dispară restul leziunilor.

LEPRA. Afecțiune produsă de bacilul Hansen, acido și alcoolo rezistent, este contagioasă transmițîndu-se de la om la om în condițiile unor factori favorizanți: mizerie, promiscuitate, alimentație deficitară. Sursele de contaminare pot fi: mucus nazal, leproame ulcerate, salivă, scuipat, secreții vaginale, spermă, sînge, urină, lapte matern. Poarta de intrare este mai ales pielea, mai rar nasul, tubul digestiv, organele genitale, iar incubația de la cîteva luni la 4—5 ani.

Primele manifestări ale bolii sînt necaracteristice (nevralgii, artralgii, coriză cu epistaxis, febră intermitentă ca în paludism); durează cîteva luni sau ani după care apare una din formele de lepră; lepromatoasă, tuberculoidă, nediferențiată și intermediară.

Lepra lepromatoasă este cea mai frecventă și mai contagioasă, survine ca atare de la început sau secundar uneia din celelalte forme. Apare sub formă de macule, dar mai ales de leproame infiltrate de culoare brun-cenușiu, nedureroase, reliefate, boselate, mai mult sau mai puțin voluminoase cu localizare obișnuit simetrică, izolate sau confluate în placarde. Se dispun mai ales pe față, urechi, sprîncene și spațiile intersprîncenoase realizînd aspectul de facies leonin cu frunte îngroșată, ridată, nasul și buzele monstruoase; mai rar pe membre și trunchi. Pot ulcera și rareori se observă și bule. Mucoasele participă cu rinită, aproape constantă, ulcerații ale septului nazal cu perforare și înfundarea lui (nas în lorgnetă); cavitatea bucală, faringele și laringele pot prezenta leproame, ulcerații care duc la răgușală, afonie, dispnee. La ochi întîlnim conjunctivite, keratită, irită, corioretinită, panoftalmie explicînd cecitatea. Interesarea nervoasă este mai discretă ca în

forma tuberculoidă şi este reprezentată de nevrite cubitale, nevralgii, tulburări trofice la picioare şi mîini (ulceraţii, mal perforant, mutilaţii). Se pot întîlni manifestări viscerale — adenopatii, orhiepidimite, leziuni hepatice, splenomegalie, leziuni endocrine, renale, pulmonare, digestive, cardiace —, precum şi manifestări generale — slăbire, febră intermitentă, mononucleoză moderată, VSH crescut, gamaglobulinemie.

Evoluţia este cronică, cu pusee care pot influenţa sau nu starea generală, uneori febrile şi dureroase, care netratate duc la mutilări şi alteraţii grave viscerale şi moartea poate surveni în 5—10 ani; tratamentul a transformat acest prognostic.

Lepra tuberculoidă este mai puţin evolutivă, rar contagioasă, cu prognostic benign. Debutează prin pete eritematopigmentare, prin papule arămii dispuse anular sau prin tulburări nervoase. Se descriu două forme: lepra tuberculoidă minoră cu leziuni superficiale descrise mai sus şi o lepră tuberculoidă majoră alcătuită din noduli hemisferici izolaţi sau în placarde ridicate şi infiltrate. Caracterul important al acestei forme este prezenţa constantă a manifestărilor nervoase; tulburări de sensibilitate (disociaţie termo-analgezică) cu pierderea sensibilităţii termice şi dureroase în zona nervilor cubital şi sciaticul popliteu extern, mai ales în partea externă a genunchiului. Observăm mai ales hipertrofia nervilor cubitali, paralizii şi atrofii musculare (ghiara cubitală), mal perforant, mutilaţii (leziuni osoase); foarte rar se întîlnesc alte localizări ale leprei.

Lepra nediferenţiată se caracterizează prin pete eritematoase sau acromice, rotunde sau ovalare însoţite de tulburări de sensibilitate (disociaţie termo-analgezică), localizate pe trunchi şi membre; petele nu sînt infiltrate. Tulburările trofice şi paralitice sînt adesea foarte pronunţate într-o fază avansată a bolii. Diagnosticul este susţinut şi de absenţa transpiraţiei după injecţia de pilocarpină şi testul pozitiv la histamină, limitate la lepride.

Lepra intermediară se situează între cele trei forme descrise anterior, caracterizîndu-se prin plăci infiltrate şi noduli, cu rezultate divergente ale examenelor histologice, bacteriologice şi biologice.

Tratamentul se face cu sulfone (disulone) şi sulfamide retard cu rezultate foarte bune.

MALADIA BESNIER BOECK SCHAUMANN. Este o reticuloză epiteloid benignă care interesează nu numai pielea, ci şi toate or-

ganele. Manifestările cutanate rămîn însă cele mai frecvente și sînt reprezentate de trei tipuri clinice de sarcoide-termen impropriu —, descrise de Boeck;

— sarcoide cu noduli mici pînă la mărimea unor boabe de mazăre, de culoare roz la început și apoi bruni sau violacei, nedureroși, de consistență fermă care iau la vitropresiune tenta galben-brună a marmeladei de mere (ca în lupus TBC). Le întîlnim pe față, umeri, fețele de extensie ale membrelor, nu ulcerează, au evoluție lungă și lasă cicatrice;

— sarcoide cu noduli mari sînt mai frecvente ca celelalte, se dispun pe față, sînt mai puține la număr și mai voluminoase ajungînd pînă la mărimea unei alune, de culoare violacee, vitropresiunea ne evidențiază infiltratul lupoid, evoluție lungă și formare de cicatrice;

— sarcoide difuze (lupus pernio) reprezentate de mase violacee, tumefiate, de consistență păstoasă sau dură, cu suprafața netedă, lucioasă, cu telangiectazii și colorație galben-brună la vitropresiune, se localizează pe nas, pomeți, obraji, urechi, dosul mîinilor și degetelor. Au evoluție lungă, persistă vara și astfel se deosebesc de degerături.

Forme atipice; forme eritematoase cu infiltrație profundă forme micropapuloase, hipodermice, erozive, ulceroase, eritem nodos sînt tot mai frecvent descrise.

Leziunile mucoaselor nazale se manifestă prin catar seropurulent, noduli mici, galbeni, bruni, fermi, mucoasă hipertrofiată, infiltrată, ulcerații, cruste. Pe amigdale, vălul palatului, limbă, laringe se pot întîlni mici noduli; uneori găsim o simplă conjunctivită.

Adenopatiile periferice cu localizare la gît, axile și regiunile inghinale se observă în jumătate din cazuri. Leziuni osoase de tip osteită lacunară Perthès — Jungling se găsesc bilateral pe falangele degetelor de la mîini și picioare. Localizări ganglio-medlastinale, forme pulmonare reversibile fără fibroză, forme fibroemfizematoase sînt localizările endotoracice. Leziunile oculare sînt uneori precoce sub formă de irido-ciclită adesea bilaterală; ea poate deveni cronică determinînd complicații grave glaucom, cataractă, cecitate. Mai rar putem găsi hipertrofia parotidelor, manifestări articulare, hepato și splenomegalie, localizări neurologice cu interesarea nervilor periferici, cranieni. Au mai fost semnalate interesări renale, digestive și endocriniene.

Evoluția este cronică, prognosticul este benign în forma cutanată și devine serios în localizările viscerale.

Scanned with OKEN Scanner

În etiopatogenia afecțiunii traumatismul este un factor favorizant și localizator; teoria tuberculoasă nu mai este admisă. Astăzi se consideră că este provocată de un agent unic, însă necunoscut.

Tratamentul se face cu izoniazidă, hidroxiclorochin și în formele grave corticoterapie pe cale generală. Local se fac: crioterapie, exereză chirurgicală, raze ultraviolete, pansamente ocluzive cu pomezi cu cortizon.

RINOSCLEROM. Afecțiunea este produsă de bacilul Frisch și debutează în fosele nazale (coriză, epistaxis) cu plăci roșii-arămii, dure, nedureroase, care se extind apoi pe buza superioară iar nasul se hipertrofiază, formînd noduli plați, foarte duri, de o duritate cartilaginoasă. Leziunile se extind lent în faringe, laringe și duc la exitus în 10—20 ani. Reacția de fixarea complementului, reacția de aglutinare a lui Forgès, intradermoreacția cu toxina bacilului, cercetarea bacilului în mucozitățile din nas, însămînțarea pe geloză alcalinizată cu creșterea bacilului în 24 ore afirmă diagnosticul.

Tratamentul se face cu streptomicină timp de 30 zile, radioterapie, în caz de nereușită electrocoagulare limitată.

ERITEMA ELEVATUM DIUTINUM. Afecțiune rară, constituită din noduli, reliefați și cu suprafața plană, roșii-violacei sau bruni, fermi, sensibili la presiune; unii dintre noduli au un centru puțin deprimat. Se localizează pe fețele de extensie ale articulațiilor mîinilor și picioarelor, coate, genunchi, fese, au evoluție lungă de ani de zile, dar starea generală nu este modificată. Etiologia nu este cunoscută, unii înglobează afecțiunea în granulom anular, alții în granulomul eozinofilic, iar Degos îi atribuie o autonomie indiscutabilă.

Tratamentul se face cu sulfone (disulon) 150 mg/zi primele 5—6 zile, apoi 100—50 mg pe zi timp de 3—4 săptămîni.

Scanned with OKEN Scanner

DERMATOZE CU GOME

GOME SIFILITICE. Apar după 3 pînă la 20—30 de ani de la contactul infectant sifilitic, sub forma unor noduli hipodermici, de mărimea unui bob de mazăre pînă la cea a unei nuci, neaderente de planuri subiacente sau supraiacente, ferme, cu localizare în teritorii unde subiacent există un plan osos; membre inferioare, superioare, cap, torace. În general goma sifilitică o întîlnim unică, alteori cîte 2—3 izolate sau confluate. Evoluează în patru faze; cruditate, ramoliție, ulcerație și reparație (cicatrizare). După aproximativ 3 săptămîni de la debut goma începe să se ramolească de la centru spre periferie; apare un mic orificiu fistulos în centrul ei, din care se scurge o secreție vîscoasă, filantă asemănătoare cu guma arabică. Procesul ulcerativ se extinde, țesutul necrozat se elimină formîndu-se o ulcerație, cu margini tăiate drept, rotundă, fundul neted, curat sau slăninos. Cicatrizarea se produce în 6—8 săptămîni, cicatricea este rotundă, netedă, suplă depigmentată în centru și pigmentată periferic. Gomele sifilitice nu se însoțesc de adenopatie. Uneori gomele sînt dispuse într-o masă de scleroză, alteori mai multe gome confluează dînd naștere la placarde ulceroase, întinse, localizate mai ales pe gambe.

Gomele sînt manifestarea cea mai caracteristică de terțiarism.

GOME TUBERCULOASE (scrofulodermă, tuberculoasă colicvativă). Gomele tuberculoase apar la copii și adolescenți în zonele ganglionare și osteoarticulare (laterocervical, cervico-submaxilar, axilar, inghinal, sterno-clavicular și costal), sub forma unor noduli mobili, nedureroși localizați în hipoderm, acoperiți de tegument de culoare normală. Ele cresc în volum ajungînd pînă la mărimea unor nuci, aderă la piele, iau o culoare violacee și se ramolesc, ulcerîndu-se în centru, eliminîndu-se o secreție purulentă, gălbuie amestecată cu țesut necrotic și sînge. Procesul ulcerativ se extinde producînd o ulcerație neregulată, cu margini dezlipite, fundul anfractuos,

Scanned with OKEN Scanner

acoperit de țesut necrotic, sîngerînd ușor, acoperindu-se ulterior de cruste. După cîteva luni de zile apar cicatrice fibroase, uneori de aspectul unei mîini cu degetele desfăcute, alteori sub formă tunelată sub care se adună corpi străini, cicatrice vicioase care limitează mișcările. Adenopatiile însoțesc gomele tuberculoase și prezența lor constituie un element de diagnostic diferențial față de celelalte afecțiuni cu gome (sifilis și actinomicoză) în care ele lipsesc.

Localizarea unor gome în regiunea gîtului realizează prin îngroșare și deformare aspect de gît de porc, de unde și denumirea de scrofuloză.

Tratamentul se face cu antibiotice tuberculostatice și chimioterapice antituberculoase, asociind 2—3 preparate. După începerea tratamentului, la cîteva zile se face tunderea marginilor, ulcerațiilor, chiuretarea leziunilor trenante, în vederea grăbirii vindecării și obținerii unei cicatrice mai puțin vicioasă.

ACTINOMICOZA. Este produsă de bacterii filamentoase ramificate cu aspect radiar, răspîndite în vegetale, pămînt, apă dintre care specia Actinomices Israeli este cauza infecției umane. Incubația variază de la cîteva săptămîni pînă la un an și chiar mai mult. În prezent se consideră că actinomicetul trăiește saprofit în cavitatea bucală și că extracțiile dentare sau dertratajul sînt adesea punctul de plecare al afecțiunii.

Localizată electiv în regiunea cervicofacială, afecțiunea se caracterizează prin nodozități hipodermice, dure, nedureroase, aderente de planurile profunde, care au evoluția unor gome. Se ramolesc, tegumentul devine violaceu, se fistulizează lăsînd să se scurgă un puroi, în care se găsesc grăunți gălbui, opaci, moi, vizibili cu ochiul liber. Alți noduli se formează, confluează într-un placard, mamelonat, de o duritate lemnoasă în anumite puncte și ramolit în altele. Nu găsim adenopatie, evoluția este lungă, starea generală rămîne bună, dar afecțiunea poate da focare metastatice la distanță, subcutanate, mai rar viscerale. Mai putem întîlni actinomicoză fesieră, toracică sau abdominală.

Tratamentul se face cu iodură de potasiu 6—10 g pe zi (iodură de K 20 g, sirop 50 g, apă ad 300 m) soluție Lugol i.v. 1—10 ml, antibiotice (penicilină 20 000 000 u., streptomicină 30 g, tetraciclină 2 g/24 ore, 30 de zile, în funcție de antibiogramă). Izoniazida, sulfonele au mai fost utilizate, iar corticoterapia asociată grăbește vindecarea leziunilor. Se mai recomandă radioterapie, electrocoagulare și exereză chirurgicală.

SPOROTRICOZA. Este produsă de hifomicete filamentoase și sporulate din grupul Sporotricum, care pot fi inoculate la om prin traumatisme sau prin aport alimentar, locul de pătrundere fiind pielea sau mucoasele, parazitul diseminînd apoi pe cale limfatică sau arterială. După o incubație de 20—90 zile apare un șancru de inoculare și gome numeroase, dispuse pe un cordon limfatic, cu adenopatie uneori supurată. Gomele evoluează rapid în 3—5 săptămîni spre supurație, fără semne inflamatorii, fără durere. Evidențierea ciupercii în cupele histologice prin coloratia Hotchkiss-Mac Manus și culturile pe mediul Sabouraud ne ajută în punerea diagnosticului. Iodura de potasiu 2—6 g pe zi administrată per os sau soluție Lugol 1% i.v. dau rezultate foarte bune.

MICETOM (picior de Madura). Afecțiune descrisă prima dată în Madura (Italia), este produsă de paraziți din genul Actinomices, Madurela, Aspergillus, Monosporium sau Geotricum, cu localizarea mai frecventă la picior. Apar nodozități la locul inoculării (spin, așchie), care apoi se ramolesc, fistulează lăsînd să se scurgă un puroi uleios, care conține grăunți galbeni, roșii sau negri, după specia de parazit. Alte nodozități apar, se formează placarde cu aspect tumoral, de consistență dură în unele porțiuni și moale în altele; supurațiile ating tendoanele, mușchii, chiar și oasele; ganglionii pot fi interesați. Piciorul devine monstruos, elefantiazic și în absența tratamentului nu se vindecă niciodată.

Tratamentul se face cu iodură de potasiu 4—10 g pe zi, antibiotice pe baza de antibiogramă, hidrazidă, sulfone și asociere de cortizon. Se fac excizii chirurgicale, electrocoagulări, iar în cazuri avansate amputații.

Scanned with OKEN Scanner

DERMATOZE NODULARE DERMOHIPODERMICE

ERITEM NODOS. Este o dermohipodermită acută inflamatorie constituită din noduli sau nodozități de mărimea unor boabe de mazăre pînă la cea a unei nuci, localizați în număr de 4—10 pe fața anterioară a gambelor, putînd interesa și coapsele, antebrațele, fesele. Apar mai ales la tineri, primăvara și vara, erupția fiind precedată de angină, artralgii, mialgii, febră, astenie, anorexie. Formațiunile sînt de culoare roșie, roșie-violacee, de consistență fermă, cu temperatură locală crescută, dureroase, ușor proeminente și cu margini difuze. Nodozitățile roșii la început își modifică culoarea în violacee, albăstrui, verzuie și galbenă, la fel cu modificările pe care le suferă contuziile, de unde și denumirea care se mai dă eritemului nodos de dermită contuziformă. Erupția se face în pusee, fiecare nodozitate are o evoluție de 8—10 zile, afecțiunea vindecîndu-se în 4 săptămîni.

Afecțiunea este considerată ca un sindrom toxi-infecțios cu mecanism alergic; la copii trebuie să suspectăm tuberculoza și să practicăm o radioscopie pulmonară, care poate evidenția complex primar ganglionar. Uneori eritemul nodos apare ca proces de sensibilizare la streptococ din focarele de infecție din sfera ORL. Alteori eritemul nodos apare în cursul unor infecții tricofitice supurate, sifilitice, limfogranulomatoase sau după ingerarea unor medicamente: piramidon, antipirină și compușii lor, sulfamide, iod, seruri și vaccinuri.

Tratamentul se face cu tuberculostatice unde găsim etiologie bacilară, antibiotice și desensibilizare nespecifică în celelalte forme (calciu gluconic cu vitamina C i.v.), antihistaminice de sinteză; local comprese cu burow 10‰, apoi unguent cu colargol 10%; repaus la pat; asanarea focarelor de infecție.

VASCULITE NODULARE DERMOHIPODERMICE. În acest grup putem încadra afecțiuni cu etiologie diferită, cu evoluție subacută și recidivantă :

— *eritem indurat Bazin*, contrar autorilor clasici, nu este întotdeauna de natură tuberculoasă. Este constituit din nodozități profunde hipodermice dispuse în 3-mea inferioară, postero-externă a gambelor, mobile pe planurile profunde, aderente la piele, care este de culoare roșie-violacee. Evoluția este lungă, cu recidive, leziunile dispărînd uneori spontan lăsînd pigmentații și zone atrofice. Uneori în mijlocul nodozităților apare o mică ulcerație rotundă ce se vindecă printr-o cicatrice albă. Afecțiunea apare la fetele tinere cu antecedente bacilare, frigul, umiditatea, ortostatismul prelungit fiind factori favorizanți ;

— *vascularită nodulară cu coci* se traduce prin nodozități de culoare roșie vie, căldură locală, frecvent guleraș scuamos periferic și dureri locale ; leziunile apar pe membrele inferioare ;

— *vascularită nodulară micotică* se caracterizează prin noduli și nodozități mai puțin inflamatorii, cu tegumentul uneori de aspect normal, fără semne subiective sau discrete dureri în ortostatism și cu prezența de focare micotice (epidermofiție, onichomicoză), cu localizare pe gambe ;

— *hipodermită nodulară subacută migratorie (Vilanova-Pinol)* apare la vîrsta adultă la femei, precedată adesea de o amigdalită și uneori cu manifestări articulare, cu localizare la membrele inferioare. Nodulii de mărimea unor boabe de mazăre pînă la mărimea unei cireșe, apar pe fața antero-laterală a gambei, nedureroși, mobili sub pielea normală, mai degrabă palpabili decît vizibili. Evoluează extensiv, formînd placarde de 10—20 cm diametru, zona de extindere avînd o culoare roșie vie în timp ce centrul devine roșu-galben sau violaceu. Alți noduli pot apare, pot prinde întreaga gambă, de obicei numai una, iar regresiunea începe de la centrul placardului și merge spre dispariție fără sechele în cîteva săptămîni sau luni, dar evoluția se poate prelungi în lipsa unui tratament zilnic de 2—3 g de iodură de potasiu. Această hipodermită ulcerează foarte rar, nu dă alterării ale stării generale, se poate însoți de artralgii și artrite. VSH este crescut, titrul antisteptolizinelor este mărit ; etiopatogenia nu este încă precizată.

Tratamentul acestor vasculite nodulare dermohipodermice se face în cazul precizării etiologiei tuberculoase cu antituberculoase, cu griseofulvină și tratament local antimicotic (alcool iodat 1,5%, triamcinolon S în cazul prezenței unei epidermofiții) în vasculite micotice, medicație antiinflamatorie steroidă și nesteroidă (fenil-

butazonă, brufen, antipaludice de sinteză, aspirină etc.), precum și medicație desensibilizantă nespecifică (calciu gluconic, vitamina C), antihistaminice, iar local comprese cu burow 10‰, unguent colargol 10%. Depistarea focarelor de infecție, asanarea lor, sau tratament cu antibiotice.

PANICULITĂ NODULARĂ RECIDIVANTĂ FEBRILĂ (maladia Weber-Christian). Afecțiunea se observă între 20—60 de ani, mai ales la sexul feminin sub forma unor nodozități pe membrele inferioare, fese, abdomen, brațe și chiar pe față, gît, de mărimea unor boabe de mazăre, uneori mai voluminoși, cît o nucă, cu limite difuze; fac relief și sînt acoperiți de piele roșie, violacee, lucitoare și caldă. Nodozitățile sînt mobile, ferme, ușor sensibile sau nedureroase. Apar brusc, evoluează timp de săptămîni, produc o atrofie cu aspect de farfurioară. Uneori, în cazuri rare, unii noduli se ramolesc în centru, puncția scoțind o cantitate mică de lichid galben, gros, uleios, bogat în corpuri grase și steril; aceasta poate duce la fistulizare (paniculită lichefiantă). Febra depășește 39°; se înregistrează tulburări digestive, dureri musculare, albuminurie, VSH crescut, hipergamaglobulinemie, hemocultura negativă. Manifestările articulare se găsesc într-un sfert de cazuri, atingerea grăsimii mezenterice sau epiploice este cea mai frecventă localizare extracutanată a acestei boli, traducîndu-se prin dureri abdominale, sindrom ocluziv, tabloul unei perforații.

Histopatologic se observă că leziunile interesează primitiv și esențial lobulii adipoși, în timp ce septumurile conjunctive interlobulare și vasele lor sînt respectate, elemente ce opun paniculita celorlalte vascularite nodulare.

Nodozitățile durează cîteva săptămîni, separate de remisiuni de cîteva luni, dispariția lor neobservîndu-se decît după 2—3 ani în medie. Formele grave sînt rare, dar au fost semnalate și cazuri mortale, datorate unor complicații intercurente (tuberculoză, hepatite, glomerulo-nefrite etc.), sau fiind sub dependența unei paniculite necrotice a peritoneului, intestinului subțire, ficatului sau splinei, țesutului adipos pericardic sau subpleural.

Etiologia nu este precizată; se presupun infecții de tot felul (tuberculoză, focare de infecție, lepră, virusuri); traumatisme, tulburări endocrine, sensibilitate la halogeni, etc.

Tratamentul se face cu sulfamide, antibiotice, cortizon, antipaludice de sinteză, vitamina C; dintre acestea cortizonul are un efect spectacular mai ales la formele grave.

Scanned with OKEN Scanner

PERIATERITA SAU POLIARTERITA NODOASĂ (boala Kussmaul-Maier). Debutează printr-un episod infecțios, la orice vîrstă, predomină la adultul masculin și se manifestă prin simptome cataneomucoase, vasculare, nervoase, musculare, viscerale și generale. Poate evolua acut cu exitus în cîteva săptămîni sau cronic, în mai mulți ani. Manifestările cutanate se găsesc numai într-o treime de cazuri și sînt reprezentate de noduli cutanați sau subcutanați, de mărimea unor boabe de mazăre sau unor nuci, de culoare roșie sau violacee, aderenți, însoțiți de prurit și de durere la apariție. Nodulii se găsesc mai ales pe fețele de extensie ale gambelor și brațelor, pe față, gît, putînd avea o dispoziție sistematizată de-a lungul vaselor sau pe traecte nervoase. Evoluția nodulilor se face spre resorbție în cîteva zile sau cîteva luni. Pe suprafața nodulilor pot surveni vezicule, bule, sufuziuni hemoragige, necroze, care produc ulcerații crateriforme și chiar focare profunde de sfacel. Livedo inflamator permanent, de o culoare albastră, ușor reliefat, este o manifestare caracteristică. Se mai pot întîlni ca leziuni cutanate: purpură, necroze și gangrene cutanate, bule cu evoluție adesea necrotică, edeme de tip angioneurotic, edeme profunde; aceste leziuni pot apare și la mucoasele buco-faringiană, nazală, conjunctivală, și rectală.

Sindromul neuro-muscular este reprezentat de polinevrite senzitive și motrice la membrele inferioare, crize convulsive, hemiplegii sau paraplegii, semne meningeale; sindromul muscular este reprezentat prin polineuromiozită, artralgii și uneori reacții articulare inflamatorii.

Manifestările digestive sînt frecvent reprezentate de dureri abdominale, vomismente, diaree cu sînge care pun probleme de diagnostic chirurgical. Hipertensiune arterială se întîlnește în mai mult de 50% din cazuri și un sîndrom renal este obișnuit descris.

Evoluția se face rapid spre exitus, sau se poate întinde pe o perioadă de cîțiva ani, prognosticul fiind întotdeauna rezervat. Etiopatogenia nu este precizată. Tratamentul se face cu antibiotice, corticoterapie, antihistaminice.

DERMOHIPODERMITE SUBACUTE ÎN PLĂCI. Sînt reprezentate de placarde roz sau roșii de consistență elastică sau dură, cu margini bine delimitate, aderente, cu epiderma netedă sau scuamoasă; placardele pot prezenta uneori temperatură locală crescută, iar bolnavii acuză durere ușoară.

Aceste dermohipodermite survin după infecții cu coci, îndeosebi streptococ, mai puțin cu stafilococi sau enterococi și foarte rar

Scanned with OKEN Scanner

sînt de natură tuberculoasă. Uneori îmbracă un aspect sclerodermiform.

Tratamentul se face cu antibiotice, vitamina E, polidin, anatoxină și vaccin antistreptococic, antistafilococic, iar local comprese cu soluție nitrat argint 1/4 000, soluție cristal violet, pomezi cu antibiotice.

SARCOIDE HIPODERMICE DARIER-ROUSSY. Sînt nodozități subcutanate, slab delimitate, rotunde sau ovalare, de mărimea unor cireșe sau nuci, fermi, mobili, neinflamatori și nedureroși, cu tegumentul care le acoperă de culoare normală sau roz. Se localizează simetric, grupați, pe flancuri, membre, regiunile scapulare și lombare. Au evoluție nedefinită, se pot mări în volum fără să ulcereze. În etiologie sînt presupuse tuberculoza și maladia Schaumann, tratamentul făcîndu-se conform acestor concepții.

OLEOAME. Sînt noduli sau placarde hipoderrmice care rezultă din introducerea sub piele de uleiuri care nu se resorb; se disting două tipuri: eleidoame și parafinoame.

Eleidoamele sînt produse de introducerea subcutanat sau intramuscular de uleiuri medicamentoase (camforat, iodat, bismutic), care în mod obișnuit se resorb, dar la unele persoane apar după mai mulți ani noduli sau placarde infiltrate pe fese, coapse, care fistulează cu evacuare de lichid purulent sau uleios. Găsim limfangite și adenopatii, uneori ulcerații mari cu sfaceluri.

Parafinoamele rezultă din introducerea subcutanată de uleiuri minerale (parafină, oleu de parafină), care nu se resorb niciodată, constituind corpuri străine tolerate. Se formează un placard gălbui, cu zone cianotice și telangectazice, dure, cu suprafața netedă, boselată, care seamănă cu o hipodermită sclerodermiformă, dislipoidoză, sarcom, neoplasm schiros sau mai ales citosteatonecroză post-traumatică. Cînd fistulizează evoluează spre o ulcerație, după eliminarea substanței grase, ulcerație dispusă pe o masă indurată. Se întîlnesc fenomene inflamatorii, dureri, adenopatie.

S-au incriminat în patogenia oleoamelor o infecție exogenă, tuberculoza, terenul particular și un traumatism este găsit întotdeauna la originea evoluției tardive a acestora.

Tratamentul cu antibiotice este rar eficient; rezultate mai bune le-au dat razele ultrascurte, 2—3 ședințe efectuate la 3 zile interval. Exereza largă a întregei mase, urmată de grefe, a dat cele mai bune rezultate.

LIPODISTROFII INSULINICE. Survin în urma insulino-terapiei, mai ales la copii și la femei în premenopauză, după mai multe luni sau mai mulți ani de la instituirea tratamentului sub două forme:

— forma atrofică apărută la locul injecțiilor sub aspectul unei depresiuni în cupolă de cîțiva centimetrii în diametru, de culoare normală, aderentă de planurile profunde, cu existența unor mici noduli fermi și mobili. Este nedureroasă și cîteodată anestezică în teritoriu atrofic.

Atenuarea leziunilor este posibilă, continuînd în afara teritoriilor atrofice injecțiile cu insulină, hormoni masculini, histamină, infiltrațiile cu novocainã, xilină în leziuni;

— forma hipertrofică, mai rară este tributară tot injecțiilor cu insulină, localizată mai ales pe coapse; apare ca o masă emisferică, reliefată, fermă și bine delimitată, nedureroasă. La nivelul formațiunii pielea este îngroșată, cu aspect de coajă de portocală. Leziunile se resorb spontan uneori sau după infiltrații cu hidrocortizon.

Scanned with OKEN Scanner

DERMATOZE CU VEGETAȚII

VERUCI VULGARE. Sînt ridicături rotunde, gri sau gălbui, uscate, dure, cornoase, neinflamatorii, nedureroase, cu diametru de 3—15 mm, contagioase și autoinoculabile. Se localizează pe fața dorsală a mîinilor, degetelor, periunghial, fața dorsală a piciorului, genunchi, în număr redus sau multiple, uneori confluate în plăci. Sînt determinate de un virus din grupa papova (papilom-polyom-veruca).

VERUCI PLANTARE. Apar cel mai frecvent după înțepături accidentale (cuie la încălțăminte, mersul pe plajă cu piciorul neprotejat de încălțăminte etc.), sub forma unor formațiuni keratozice, gălbui, cu centru neted și chenar hiperkeratozic la periferie. Se dispun pe plante, nu fac relief la suprafața pielii, din cauza greutății corpului, dar evoluează în profunzime, comprimă terminațiile nervoase și astfel produc dureri și impotență funcțională. Ele trebuie deosebite de clavus (bătătură), în care găsim hiperkeratoză centrală proeminentă fără chenar hiperkeratoric.

Tratamentul în verucile vulgare și plantare se face cu zăpadă carbonică, azot lichid, electrocoagulare și colodiu cu acizi (**Rp.** Acid acetic glacial, acid salicilic, acid lactic, colodiu aa 5 g, acetonă 3 g), care se aplică pe veruci cu protejarea tegumentului din jur cu leucoplast. Se lasă 4—5 zile după care se îndepărtează formațiunile macerate cu ajutorul unui bisturiu și al unei foarfece mici. În continuare se badijonează cîteva zile cu soluție cristal violet.

VERUCI SEBOREICE (keratoze seboreice, papiloame bazocelulare). Verucile seboreice sau verucile senile apar pe față, pe trunchi la vîrstnici sub forma unor excrescențe ovalare de 5—20 mm diametru, acoperite de scuamocruste grase, de culoare galben-brune. Aceste scuamocruste se detașează cu ușurință la un simplu grataj, lăsînd o suprafață granuloasă (papile hipertrofiate). Verucile seboreice uscate au depozitul keratozic aderent punînd astfel probleme

de diagnostic diferențial cu keratoza senilă în localizările pe față. Transformarea verucilor seboreice în cancer cutanat este excepțională. Etiologia nu este precizată, dar se presupune natura virotică.

Tratamentul se face cu zăpadă carbonică, azot lichid sau electrocoagulare.

KERATOZE SENILE. Apar obișnuit pe tegument senil, atrofic, ridat, presărat de pete pigmentare, pe părțile descoperite (față, dosul mîinilor, gît), după vîrsta de 50 ani. Sînt mai frecvente la persoanele expuse la radiațiile solare (agricultori, pescari, marinari) și nu se întîlnesc la rasa neagră. Leziunile sînt reprezentate de pete gălbui sau brune, plane sau ușor reliefate, neregulate, avînd pe suprafața lor depozite keratozice gri sau brune, rugoase sau verucoase, aderente. Aceste keratoze senile persistă, devin din ce în ce mai groase, luînd aspectul de papiloame keratozice și de cornuri cutanate. Keratoza senilă este o dermatoză precanceroasă dintre cele mai frecvente, transformîndu-se în epiteliom basocelular, dar mai ales spinocelular; accentuarea hiperkeratozei, apariția unui halou eritematos viu sau telangiectazii, induratia bazei erodarea și ulcerarea evidențiază transformarea.

Tratamentul se face cu crioterapie cu presiune, dar rezultatele cele mai bune le dă electrocoagularea.

SIFILIDE VEGETANTE. Apar în perioada secundară a sifilisului în plăci cînd sifilidele papuloase se dezvoltă, devin papilomatoase, presărate de vegetații, adesea erozive, umede, cu lichid fetid foarte bogate în treponeme.

PIODERMITA VEGETANTĂ. Dermatoză papilomatoasă cu localizare pe fața dorsală a mîinilor, antebrațe, axile, în jurul unor plăci infectate în care debutul se face prin pustule pe un fond eritematos. Leziunile se transformă apoi într-un placard rotund, ovalar, vegetant, papilomatos, acoperit de cruste, din care la presiune iese puroi galben-cenușiu. Placardul evoluează excentric, centrul se deprimă și devine descuamativ. Afecțiunea este de natură stafilococică și tratamentul se face cu antibiotice, pe bază de antibiogramă. Local se aplică crioterapie, electrocoagulare superficială, soluție de nitrat de argint 10% pentru distrugerea burjonilor, soluție cristal violet sau soluție Castellani.

TUBERCULOZA VEGETANTĂ. Rezultă din propagarea la piele a unui focar tuberculos, osos articular sau ganglionar, sub forma unor noduli dermo-hipodermici moi, care ating în cîteva luni mări-

Scanned with OKEN Scanner

mea unor nuci. Se formează cu timpul un placard mamelonat, brun-violaceu cu vegetații friabile, fistule; această formă de tuberculoză cutanată se localizează la extremitatea membrelor și în regiunea inghino-genitală. Tratamentul se face cu antituberculoase.

TUBERCULOZA VERUCOASĂ. Apărută prin inoculare accidentală sau profesională sau prin autoinoculare la vechi bacilari, se localizează în mod obișnuit pe mîini, perianal, pe picioare, sub forma unui mic nodul kiperkeratozic, dur, galben înconjurat de un halou eritematos și violaceu. Această leziune se extinde și după cîteva luni se constituie un placard verucos, dur, uscat în centru, o zonă mijlocie papilomatoasă, verucoasă, scuame, cruste, ulcerații, microabcese din care la presiune mare ies picături mici, purulente și o zonă periferică roșie-violacee. Ganglionii tributari sînt prinși și o limfangită leagă placardul descris de ganglioni. Cicatrizarea poate surveni spontan în centrul placardului.

O varietate de tuberculoză verucoasă este *tuberculul anatomic* produs de o inoculare profesională prin înțepătură sau rănire la medici, studenți, laboranți. După cîteva zile sau săptămîni apare la locul inoculării o mică pată roșie, centrată de o mică ulcerație, purulentă și crustoasă, sau un nodul hiperkeratozic, dureros la palpare sau chiar spontan. Este o formă virulentă, cu evoluție rapidă, care poate determina o tuberculoză ganglionară sau viscerală.

Tratamentul se face cu antituberculoase și electroacoagularea, pe care o preferăm ablației chirurgicale din cauză că aceasta din urmă favorizează diseminarea infecției.

GRANULOM CANDIDOZIC. Se observă în prima sau a doua copilărie pe față, mîini, coate sau picioare, sub forma unor ridicături papilomatoase, crustoase, rotunde ca o pricomigdală; uneori formează mase papilomatoase, întinse, fetide. La buze și în gură găsim depozit albicios (muguet); unghiile sînt alterate, brune, adesea groase însoțite de perionixis. Prognosticul poate fi sever.

Tratamentul se face cu amfotericină B, 1—1,50 g pe zi (o tabletă are 200 mg), vaccinare specifică în doze de 0,2—2 ml, iar local fungison. Rezultate bune se obțin cu 5-fluorocitozină pe cale generală și locală.

ACANTOZIS NIGRICANS. Compus din leziuni simetrice, de culoare neagră murdară, printr-un tegument rugos din cauza exagerării pliurilor, ridurilor și a unei hipertrofii papilare, acantozis nigricans se întîlnește localizat în axile, plicile coatelor, ano-geni-

Scanned with OKEN Scanner

tale, la ceafă, git și ombilic. Au fost descrise papiloame pediculate (pe marginea pleoapelor, în axile), vegetații, verucozități (pe dosul mîinilor și picioarelor), nevi, hiperkeratoză palmoplantară gălbuie, plană sau presărată cu cruste cornoase. Mucoasa bucală este rar pigmentată, dar găsim formațiuni papilomatoase pe buze, gingii, fața internă a obrajilor. Este o afecțiune rar întîlnită, observată mai ales la adulți, adesea asociată cu un cancer abdominal. Acantozis nigricans poate regresa după ablația cancerului, după cum poate apare după intervenție asupra lui. Prognosticul este întotdeauna rezervat. Nu are tratament.

KERATOZIS FOLLICULARIS INVERSA (inverted follicular keratosis). Este o formațiune epitelială, reliefată, fermă, keratozică, izolată pe piele sănătoasă, neinflamatorie și nedureroasă. Se localizează, în mod obișnuit, pe față (buza superioară, obraz), mai frecvent la sexul masculin. Formațiunea seamănă cu o verucă vulgară, un papilom keratozic, cu o verucă seboreică, cu un kerato-acantom sau chiar epiteliom bazocelular. Histopatologia precizează diagnosticul; ea arată o formațiune epidermică, net delimitată, papilomatoasă și keratozică, cu o importantă hiperkeratoză ortho sau parakeratozică, care se invaginează într-o proliferare de celule mici malpighiene; aceste celule îmbracă uneori aspectul de bulb de ceapă cu keratinizare centrală, fără vreo distrofie de aspect malign. Ablația-biopsia asigură diagnosticul și vindecarea leziunii.

BLASTOMICOZE. Afecțiuni produse de ciuperci levuriforme sau alte specii de ciuperci, care se împart, după școala braziliană, în:

— blastomicoză adevărată (criptococoză-blastomicoză zisă europeană);

— parablastomicoze, în care este vorba de micoze granulomatoase, iar parazitul are aspect levuriform numai în timpul unei faze a dezvoltării sale. Acestea cuprind blastomicoza nord-americană (maladia Gilchrist), blastomicoza sud-americană (maladia Lutz) și histoplasmoza;

— pseudoblastomicoze, în care parazitul nu se divide prin înmugurire, în nici una din fazele sale, cu coccidioidomicoză și cromoblastomicoză.

Toate sînt rarități în practica medicală din țara noastră, criptococoza meritînd să fie reținută.

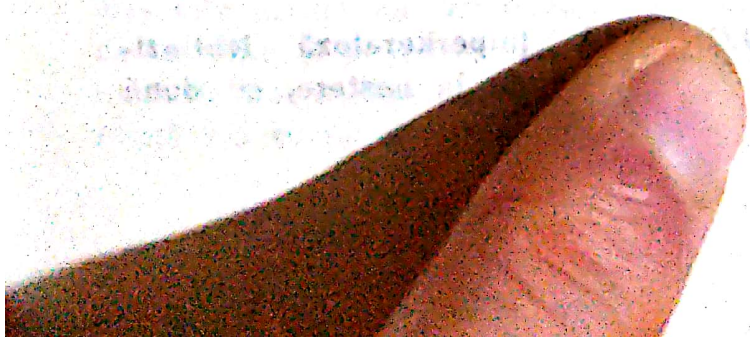
CRIPTOCOCOZA (blastomicoză europeană, boala Busse-Buschke, torulоză). Se poate întîlni în toată lumea, este mai frecventă la

adult, fiind produsă de cryptococus neoformans (torula hystolitica), levură ce se găsește mai ales în excrementele canarilor și porumbeilor. Afectarea pulmonară, prin pătrunderea pe calea aeriană, este cea mai frecventă, dar simptoamele nervoase domină tabloul clinic; meningo-encefalită, de tip meningită tuberculoasă cu numeroși paraziți în lichidul cefalorahidian; formă tumorală simulînd tumoră cerebrală sau medulară. Manifestările cutaneo-mucoase sînt polimorfe: placarde papilomatoase, rotunde sau policiclice, roșii-violacee, presărate cu mici keratoze, cu micro abcese din care iese o cantitate mică de lichid sero-purulent; formațiuni papulonodulare, cu centrul deprimat, cu o mică ulcerație și crustă negricioasă, abcese subcutanate fistulizate; pe mucoasa bucală, nazală, mai rar pe cea ano-genitală se pot întîlni placarde, noduli, ulcerații granulomatoase. Evoluția este subacută la început, unifocală la debut, criptococoza disemineaza în țesuturile elective și poate duce la exitus în cîteva luni.

Tratamentul se face cu amfotericină B în perfuzii sau în tablete, 5 fluorocitozina 10—15 g/zi timp de 60—80 zile, sau canesten în doze de 60 mg pe kilogram corp și pe zi.

IODIDE ȘI BROMIDE VEGETANTE. **Iodidele** apar la început sub formă de bule, care devin apoi ulcero-vegetante, confluează și formează placarde întinse, mărginite de un tiv bulos sau pustulos. Se localizează, în diverse puncte ale tegumentului, dar pot fi observate și pe mucoasa bucală. **Bromidele** vegetante sînt mai frecvente și ele pot fi de la început vegetante sau secundare unor leziuni buloase. Ele formează tuberozități moi, roșii-violacee, cu suprafața papilomatoasă, netedă sau crustoasă.

Diagnosticul este ușurat de anamneză, de folosirea iodurilor, siropurilor anti tuse convulsivă, preparate calmante și hipnotice cu bromuri. Tratamentul recomandă suprimarea compușilor de iod și brom, comprese cu acid boric 5‰, pansamente cu permanganat de potasiu soluții slabe (roz), badijonaj cu soluție cristal violet 1%.



Scanned with OKEN Scanner

DERMATOZE KERATOZICE

ICHTIOZA. Este o genodermatoză care apare în primele luni sau în primii ani ai vieţii, persistă indefinit şi se caracterizează prin uscăciune a pielii şi descuamaţie, cu scuame uscate, mai mult sau mai puţin subţiri, albicioase sau brune. Pielea este interesată în totalitate, predominant la coate şi genunchi, axilele, plantele şi palmele fiind în mod obişnuit respectate. La faţă, gît, pielea capului descuamaţia este furfuracee; perii sînt uscaţi, răriţi; secreţia sudorală şi sebacee diminuate. Tegumentul nu prezintă eritem şi nici zemuire. S-au descris mai multe forme clinice de ichtioză;

— ichtioza pitiriaziformă, cu scuame fine, tărîţoase;

— ichtioza scutulară cu scuame lamelare, cu centrul aderent şi periferia dezlipită;

— ichtioză neagră cu scuame brune sau negre;

— ichtioză sauriană cu plăci cornoase, groase de 0,5—2 cm, separate de şanţuri, cu aspect de piele de crocodil;

— ichtioză histrix cu plăci cornoase, pe care se găsesc ridicături cornoase, ca nişte ţepi, ca pielea de arici.

Ichtioza comună se transmite în dominanţă autosomală, iar tipul de ichtioză neagră se transmite în recesivitate, legată de sex, neafectînd decît bărbaţii.

Tratamentul se face cu vitamina A capsule a 50 000 u.3 pe zi, 3 săptămîni, după care se scade la o capsulă pe zi cîteva luni; opoterapie tiroidiană în caz de insuficienţă tiroidiană; tratament antisifilitic cînd sînt semne de sifilis congenital; local unguent salicilat 2%, glicerolat de amidon cu acid salicilic 2% imediat după baie pe pielea umedă, iar în ultimul timp unguentul cu vitamina A acetat 0,3% (acid retinoic).

ERITRODERMIA ICHTIOZIFORMĂ (hiperkeratoză ichtioziformă). Afecţiune congenitală, care apare de la naştere, cu două forme clinice mai importante:

Scanned with OKEN Scanner

— eritrodermia ichtioziformă cu transmitere recisivă;
— eritrodermia ichtioziformă buloasă cu transmitere ereditară în dominanță.

Eritrodermia ichtioziformă. Spre deosebire de ichtioză, apare de la naștere, interesează plicile, palmele și plantele care sînt sediul unor keratodermii groase; tegumentul prezintă eritem generalizat sau localizat; bolnavii au hiperhidroză și hipersecreție sebacee, unghiile și părul le cresc mai repede. Se cunosc multe sindroame;

— *sindrom Rud* constituit din eritrodermie ichtioziformă cu oligrofenie, crize comițiale la pitici (idioție xerodermică);

— *sindrom Sjögren-Larsson* este format din stare ichtioziformă, oligofrenie, idioție completă, diplegie sau quadriplegie spastică și uneori degenerescență maculară a retinei;

— *sindrom Refsum* cuprinde stare ichtioziformă, retinită pigmentară, polinevrită și ataxie cerebeloasă fără deficiență intelectuală;

— *sindrom Netherton* asociază la starea ichtioziformă, care ia un aspect circinat (ichtioză liniară circumflexă) malformații ale părului caracterizate prin umflături cu aspect de „noduri de bambus" din cauza invaginării părții distale a părului în partea proximală; perii sînt uscați, se rup spontan sau la cea mai mică tracțiune; mai tîrziu pot apare manifestări atopice de tip urticarie, eczemă, astm.

Eritrodermia ichtioziformă buloasă. În această formă eritrodermia generalizată se șterge în primele săptămîni de viață, hiperkeratoza apare în al 2—3-lea an, iar bulele survin în primele ore de la naștere, dispar fără urme în cîteva zile, ca să reapară la intervale variabile, cu tendința de a se cantona în diferite teritorii.

Evoluția în ambele forme poate fi benignă, dar pot surveni agravări progresive care să ducă la exitus.

Tratamentul este asemănător cu cel din ichtioză.

KERATODERMIE DISEMINATĂ CIRCUMSCRISĂ (Jadassohn-Lewandowsky, Pachyonichie congenitală). Afecțiune congenitală și familială, se transmite în dominanță, interesează mai ales sexul masculin și are ca semn, cel mai constant, pachyonychia unghiilor de la mîini și picioare, care apare de la naștere sau în primii ani; unghiile decolorate sau galbene, sînt îngroșate mult cu o proeminență transversală curbă. La coate, genunchi, membre, fese se gă-

sesc papule cornoase, confluate, iar la palme și plante keratodermie, care apare în a doua copilărie. Pe limbă, mucoasa jugală se constată, la vîrsta adolescentă, apariția unor insule de leukokeratoză susceptibile de a degenera. Se asociază uneori tulburări psihice și malformații congenitale.

Tratamentul se face cu vitamina A doze mari, iar local keratolitice (vaselină salicilată 5—10%, unguent magnezia usta 15—20%).

KERATODERMII PALMOPLANTARE. Numeroși factori mecanici, infecțioși, toxici ca și o serie de dermatoze pot determina keratodermii palmo-plantare; unele keratodermii sînt familiale, altele esențiale, de cauză necunoscută.

Keratodermii simptomatice sînt de **origine mecanică** (profesionale) la uleiuri minerale, la corpi străini (spini de plante, ac de insecte, etc). În sifilisul secundar, în sifilisul terțiar dobîndit sau congenital, blenoragie, sindromul Fiessinger Leroy-Reiter pot apare keratodermii. Keratoze palmo-plantare pot surveni în arsenicismul cronic, excepțional la săruri de mercur și bismut, la atebrină. În psoriazis, eczemă, micoză, lichen, pitiriazis rubra pilar, maladia Darier; mai rar în scabia norvegiană, pemfigus foliaceu, dermatomiozită, acantozis nigricans, eritrodermie putem întîlni aspectul de keratodermie palmoplantară.

KERATODERMII CONGENITALE. (keratodermii difuze ereditare). Keratodermie Thost Unna este cea mai frecventă formă de keratodermie congenitală și familială, care apare la naștere, sau în primele săptămîni, transmiterea făcîndu-se în dominanță autosomală. Începe la marginea palmelor și plantelor, apoi cuprinde în totalitate suprafața lor nedepășind pe fața dorsală, sub forma unei hiperkeratoze galbene sau gri-brune, bine delimitată cu o bordură roz-violacee. Hiperkeratoza este foarte importantă, groasă, dură, brăzdată deseori de fisuri și este însoțită în majoritatea cazurilor de hiperhidroză, unghiile rămînînd mai întotdeauna neafectate.

Keratodermie Meleda, numită așa după insula Meleda din Adriatică, unde s-au descoperit primele cazuri, este o maladie familială cu transmitere ereditară în recisivitate, care se manifestă adesea în al 2-lea sau al 3-lea an. Hiperkeratoza cuprinde ca și keratodermia Thost-Unna palmele și plantele, fără a avea bordura roșie-violacee. În plus ea depășește marginile cuprinzînd și fața dorsală a mîinilor și picioarelor, extinzîndu-se și pe coate, genunchi, tendonul lui Achile. Hiperhidroza este frecventă, unghiile prezintă striuri, koilonychie, pachyonychie, onicogrifoză, adesea boli psihice

Scanned with OKEN Scanner

și EEG perturbată completează tabloul bolii Meleda. Spre deosebire de keratodermia Thost Unna, boala Meleda are evoluție progresivă și prin pusee.

Se mai descriu cîteva forme clinice :

— *keratodermie palmo-plantară Papillon-Lefévre* asociază la keratodermie căderea dinților temporari și permanenți în urma unui proces de alveoliză ;

— *keratodermie Brocq-Mantoux (keratodermie familială punctiformă tip Besnier)* se caracterizează prin numeroase puncte negre pseudo-comedoniene inclavate în piele, cornoase, dure, de mărimea pînă la un bob de linte, avînd central o mică depresiune ; se transmite în dominanță ;

— *keratodermie familială papuloverucoidă Brauer Buschke — Fischer* se transmite în dominanță și se caracterizează prin formațiuni cornoase, reliefate, cu suprafața neregulată și verucoasă, de culoare galbenă-sidefie, avînd în centru depresiuni cupuliforme ;

— *keratodermia striată sau în benzi Brunauer-Fuchs* are ridicăturile keratozice dispuse în benzi de-a lungul axei mediane pe fața palmară a degetelor ;

— *keratodermie ainhumoidă și mutilantă* este congenitală și ereditară (în dominanță) ; la keratodermia palmoplantară, care există din fragedă tinerețe, se asociază benzi constrictive ale degetelor de la mîini și picioare, inserate între articulațiile interfalangiene. Această dactilolisie poate duce uneori la amputație spontană și fără durere a unui sau mai multor degete.

Keratodermii esențiale. Sînt keratoze palmo-plantare, care apar la vîrste variate, mai ales la adulți, nu au caracter ereditar și sînt reprezentate de forme circumscrise verucoide, keratodermia menopauzei, porokeratoza Mantoux, puțuri epidermice palmoplantare ale nevomatozei bazocelulare.

Tratamentul este asemănător celui prescris în ichtioză, iar local pomezi keratolitice.

POROKERATOZĂ MIBELLI. Afecțiune rară, familială, se transmite în dominanță regulată sau neregulată, predominentă la bărbat, este constituită din plăci ovalare, cu diametru de aproximativ 5 cm, cu evoluție excentrică, cu o margine keratozică, care înconjoară o suprafață centrală adesea deprimată. Exterior marginii keratozice se găsește uneori un șanț periferic. Evoluția este cronică, fără semne funcționale sau tulburări generale. În etioloige sînt incrimi-

nați factori nervoși, factori infecțioși, avitaminoza A. Tratamentul se face cu vitamina A, extract tiroidian, iar local crioterapie, azot lichid, röntgenterapie.

MALADIA KYRLE (hyperkeratosis follicularis et parafolicularis in cutem penetrans). Afecțiune rară, apare la ambele sexe între 20—60 ani, pe membrele inferioare, întotdeauna bilateral, sub formă de foliculită reliefată, uscată, care se transformă într-o masă cornoasă reliefată, cu suprafața neregulată, cu diametru de 3—10 mm, cu o margine eritematoasă. Elementele cele mai tipice apar ca turnate în piele, ca într-o spărtură, ridicătura verucoasă centrală fiind separată de margine printr-un șanț. Îndepărtarea cu cureta a formațiunii hiperkeratozice descoperă un crater. Evoluția se face în pusee, cu regresiuni spontane și formare de cicatrice înfundate și pigmentate, urmate de recidive. Etiologia este necunoscută; se presupune carență în vitamina A cu insuficiență hepatică, infecții genito-urinare, un virus. Tratamentul se face cu vitamina A în doze mari și vitamina A acidă (acid retinoic) 0,1—0,3% în pansament ocluziv sau nu, cu cele mai bune rezultate. Se mai utilizează zăpada carbonică, vaselină salicilată 10%, acid tricloracetic 33%, curetarea, ablația formațiunilor.

KERATOZĂ FOLICULARĂ SERPIGINOASĂ (elastom perforant veruciform; maladia Lutz-Miescher). Debutează la pubertate sau în adolescență, pe fețele laterale ale gîtului și cefei, brațe și antebrațe, față, sub formă de papule scuamokeratozice, conice, uscate, ferme, gri sau roz dispuse serpiginos (vermiform), anular, cu evoluție centrifugă. În evoluție apar linii atrofice, pigmentate, presărate ici-colo de papule keratozice, iar după 4—5 ani erupția se oprește. Aspectul histologic este asemănător maladiei Kyrle; masa de celule cornoase parakeratozice perforează bariera epidermică în derma papilară, la care se adaugă o masă necrotică constituită din celule malpighiene degenerate, resturi nucleare, polinucleare în picnoză; în masa necrotică se mai pun în evidență fibre elastice modificate (fibre eozinofilice). Această alterație a țesutului elastic poate explica asocierea cu diverse distrofii elastice.

Etiologia acestei distrofii elastice nu este cunoscută; se presupune un factor ereditar, origine bacteriană, rolul traumatismului. Tratamentul se face cu zăpadă carbonică, azot lichid, în timp ce electrocoagularea și exereza chirurgicală nu sînt recomandate pentru că produc keloide.

Scanned with OKEN Scanner

HIPERKERATOZA LENTICULARĂ PERSTANS (Flegel). Interesează ambele sexe între 30—60 ani, este rară, are evoluție cronică și este constituită din papule scuamokeratozice localizate mai ales pe fața dorsală a picioarelor. Această scuamă keratozică, cu aspect de pecete, se detașează dificil cu chiureta, evidențiind o suprafață neregulată presărată de puncte hemoragice.

Etiologia nu este precizată. Tratamentul se face cu vitamina A acidă, crioterapie, azot lichid, creme cu cortizon.

ACROKERATOZA VERUCIFORMĂ HOPF. Adesea congenitală și familială (transmitere în dominanță autosomică), considerată ca un nev epidermic, se caracterizează prin leziuni papuloase de aspectul verucilor plane, strînse unele lîngă altele, avînd însă suprafața granuloasă, mamelonată, discret keratozică, chiureta detașînd formațiuni cornoase aderente sub care rămîn mici puncte hemoragice. Se localizează simetric pe dosul mîinilor și picioarelor, coate, genunchi. Nu are tratament; este benignă, constituind un simplu incovenient estetic minor.

ACROKERATOZA PARANEOPLAZICĂ BAZEX. Descrisă la sexul masculin, afecțiunea precedă sau însoțește un epiteliom al căilor aero-digestive superioare; se manifestă sub forma unor plăci roșii-violacee, acoperite de scuame keratozice gălbui, groase, aderente, care detașate produc sîngerări. Se localizează simetric pe mîini, picioare, unghii, nas, urechi, degete, la extremitatea distală sînt mai voluminoase, roșii, scuamoase, hiperkeratozice, uneori cu perniță verucoase pe dosul articulațiilor interfalangiene; la palme și plante poate apare keratodermie. La unghii, care sînt îngroșate, bombate, încurbate apare hiperkeratoză subunghială. Evoluția acrokeratozei este paralelă cu cea a epiteliomului; cînd epiteliomul regresează sau dispare în urma unei terapii eficiente dispar și leziunile cutanate și invers. Patogenia acestei acrokeratoze nu este precizată.

KERATOELASTOIDOZĂ MARGINALĂ A MÎINILOR (acrokeratoelastoidoză). Afecțiunea se manifestă prin leziuni keratozice localizate pe marginea radială a degetelor mari și indexului și cubitală a mîinilor, adesea pe partea externă a eminenței tenare și pe fețele laterale și dorsale ale degetelor în dreptul articulațiilor interfalangiene. La picioare, călcîie, maleole găsim mai rar leziuni. Hiperkeratoza se dispune liniar, în benzi mai mult sau mai puțin continui, formate din ridicături cornoase translucide, care pot fi

Scanned with OKEN Scanner

ombilicate (paracheratozice); aceste papule keratozice seamănă uneori cu veruci sau lichen verucos.

Etiologia nu este precizată; unii o consideră o genodermatoză, alții o keratodermie dobîndită, apărută într-un context de afecțiuni generale sau de tulburări de menopauză. Microtraumatismele și razele solare au fost incriminate. Diminuarea, fragmentarea sau chiar absența fibrelor elastice în preparatele histologice, deci alterarea elastică și procesul de hiperkeratoză se datorează după unii autori, în mod egal, factorilor mecanici și actinici.

Scanned with OKEN Scanner

SCLERODERMII ȘI DERMATOSCLEROZE

SCLERODERMIA DE SISTEM. Afecțiune de gravitate interesînd organele interne, în care prima manifestare este sindromul Raynaud; apare la mîini de obicei, după o expunere la frig, cu senzații de furnicături, înțepături, crampe, cianoză și paliditate, hiperhidroză palmară. După cîteva luni sau cîțiva ani apare procesul de scleroză, degetele devin rigide, se efilează, iau aspectul de baghete; tegumentul ia o colorație albicioasă-ivorie, aderă de planurile subiacente, unghiile se alterează (sclerodactilie). La pulpa degetelor pot apare bule, eroziuni, escare urmate de cicatrice stelate. Bolnavul are mișcările de pronație și supinație limitate. Scleroza cuprinde apoi antebrațele, brațele, fața, gîtul, picioarele, gambele, toracele; la față se observă dispariția pliurilor, pensarea nasului, subțierea buzelor, strîmtarea orificiului bucal determinînd aspectul de mască sau de liniște inexprimabilă. Masticația, deglutiția și fonația sînt tulburate. La torace mamelonii rămîn intacți, contrastînd cu toracele și sînii încorsetați. Telangiectazii și pigmentații ca și zone acromice pot fi găsite în teritoriile cutanate scleroase.

O formă cu evoluție benignă este *sindromul CRST* (calcificări, Raynaud, sclerodactilie și telangiectazii), reprezentat de depozite calcaroase, care se pot deschide la suprafața pielii.

În sclerodermia de sistem mușchii pot fi interesați; apar mialgii, diminuarea forței musculare, atrofii. Din partea articulațiilor întîlnim frecvent poliartralgii, poliartrită cronică. Din partea țesutului osos au fost comunicate osteoliza falangiană, îndeosebi a celei de-a treia falangă și apoi a falangei a doua, osteoporoză difuză, osteoliză dentară.

Organele interne sînt afectate în diferite proporții în sclerodermia de sistem;

— tubul digestiv este cel mai frecvent lezat și îndeosebi esofagul, care radiologic apare rigid, cu aspect de tub de sticlă. Cer-

Scanned with OKEN Scanner

cetările noastre histologice au mai arătat esofagite, gastrite și jejunite. Un sindrom de malabsorbție este frecvent întîlnit;

— rinichiul participă cu pielonefrite cronice, glomerulite și glomerulonefrite într-un procent uneori de peste 50% din cazuri;

— plămînul prezintă mai frecvent fibroză interstițială difuză;

— cordul mai rar interesat; găsim miocardită, pericardită, cord pulmonar cronic.

Evoluția sclerodermiei de sistem este lentă, exitusul survenind prin insuficiență renală, cardiacă sau accident vascular central.

Sindromul biologic în sclerodermiile de sistem a evidențiat anomalii ale proteinelor serice în 66%, modificări imunoelectroforetice în 30%, anemii în 50%, VSH crescut la cifre moderate, fibrinogenemia în 70% din cazuri crescută.

Sclerodermia de sistem apare mai ales la femei tinere, proporția fiind de 10 femei la un bărbat.

Etiopatogenie. Se susține azi mecanismul autoimun.

Sclerodermia edematoasă Hardy (scleredemul Buschke). Apare brusc, la cîteva zile după vindecarea unui episod infecțios (scarlatină, anghină, oreion, gripă), la copii de sex feminin mai ales, sub forma unui placard eritematos, localizat în jumătatea superioară a corpului. Survine o infiltrație difuză a țesutului subcutanat fără modificarea tegumentului. Evoluția merge spre vindecare, rar spre exitus.

Scleremul edematos al nou-născutului. Este afecțiune rară, care apare la 2—10 zile după naștere, la membrele inferioare sub forma unei induratii progresive a tegumentului, rămînînd limitată la partea inferioară a corpului. Pielea ia o culoare gălbuie, violacee sau echimotică și exitusul survine în 5—10 zile.

Sclerodermii circumscrise. Numite și sclerodermii localizate, sînt în aparență pur cutanate, au evoluție benignă, cu toate că cercetările recente au găsit anticorpi antinucleari și imagini histologice asemănătoare ca în sclerodermiile de sistem.

Se cunosc mai multe forme clinice:

— *sclerodermia în plăci (morfee)* apare la adult, sub forma unei pete roșii-violacee, care se extinde, ia o culoare alb-sidefie sau galben-ceroasă, o consistență dură, înconjurată de o zonă liliachie (lilac ring). Firele de păr lipsesc, secrețiile se reduc, sensibilitatea scade sau dispare la nivelul plăcilor. Afecțiunea este paucilezională și se localizează pe trunchi; pe cap determină alopecie scleroatrofică. Evoluția este lungă, vindecarea este urmată de pigmentații care apoi se șterg;

— *sclerodermia în bandă* se găseşte în regiunea paramediană a frunţii, sub forma unei benzi verticale, de culoare alb-ceroasă sau brună; are suprafaţa neregulată, devine rapid atrofică luînd aspectul de lovitură de sabie. La membre ia aspectul de *sclerodermie monomelică*, alungită, liniară de-a lungul unui membru interesînd muşchii subiacenţi, oasele şi articulaţiile;

— *sclerodermia în picătură* este compusă din pete mici, albe-sidefii, rotunde, deprimate, înconjurate de un lisereu violaceu, reproducînd aspectul de lichen scleroatrofic (white spot disease), arătînd dificultatea diferenţierii acestor două afecţiuni;

— *sclerodermia anulară* este rară, apare la copii sub forma unei bride anulare, care înconjoară un membru sau mai multe degete, putînd duce la elefantiazis subiacent sau la amputaţii.

Tratament. În fazele de debut se utilizează antibiotice (penicilină, tetraciclină); lipiodolul ultrafluid 40% în injecţii i.m. de la 5—20 ml, două injecţii pe săptămînă dau rezultate bune în sclerodermiile de sistem. Piascledine micşorează induraţia cutanată; vitaminoterapie E, D_2, PP, A; vasodilatatoare pot fi încercate; tolazolin, gerovital, novocaină; acidul epsilo-aminocaproic, antipaludice de sinteză; imunodepresive: imuran, methotrexat; griseofulvină; în formele severe cortizon.

DISLIPOIDOZĂ CUTANATĂ OPPENHEIM-URBACH (necrobioză lipoidică). Interesează adulţii, mai ales de sex feminin, în 75% din cazuri diabetici şi apare sub forma unor noduli infiltraţi, roşii violacei, care formează o placă reliefată, fermă al cărei centru se deprimă luînd aspect de dermită sclerodermiformă atroflantă. Se localizează cel mai frecvent simetric, pe feţele anterioare ale gambelor iar centrul placardelor iau o coloraţie gălbuie deschisă, cu zone brune sau violacee. Epiderma este netedă, lucitoare, aderentă de planurile profunde, iar zona periferică este uşor ridicată, violacee, elastică. Telangiectazii, eroziuni şi ulceraţii se pot observa. Alteori aspectul dislipoidozei poate fi de granulom anular. Etiopatogenia nu este încă precizată, iar evoluţia este cronică.

Tratamentul se adresează în primul rînd diabetului; cortizon pe cale generală în cazurile fără hiperglicemii, infiltraţii locale cu volon A 40, crioterapie, reductoare şi pansamente oclusive cu unguente cu cortizon. De asemenea se mai utilizează Vitamina C în doze mari.

Scanned with OKEN Scanner

DERMATOZE ATROFICE ȘI DISTROFICE

VERGETURI. Sînt atrofii liniare lungi de unu pînă la mai mulți centimetri, late de 1—15 milimetrii, de culoare roșie-violacee, alb-sidefii sau hiperpigmentate, cu suprafața netedă sau plisată, de consistență moale, depresibilă. Sînt multiple, grupate paralel cu localizare simetrică pe abdomen, flancuri, coapse, sîni, fese, cu evoluție indefinită. Se întîlnesc mai frecvent în timpul graviditățiî, la fete la pubertate după o creștere rapidă, în cursul convalescenței bolilor infecțioase (febră tifoidă, disenterie, tuberculoză), apendicită, colită, în unele maladii nervoase (epilepsie, nevroze), sindroame hipofizare sau suprarenale, după tratament cu ACTH sau cortizon.

Patogenia acordă un rol hiperactivității cortexului suprarenal ce determină o foarte mare producție de 11 corticosteroizi, care ar fi la originea vergeturilor (prin catabolismul proteinelor pielii).

Tratamentul se face cu opoterapie pluriglandulară, injecții de acizi aminați (glicocol, triptofan), iar preventiv purtarea de centuri de către gravide, aplicații de pomezi simple.

LICHEN SCLEROATROFIC. Debutează sub formă de pete mici roșii-violacee, uneori pruriginoase pe gît, ceafă, umeri, toracele superior și mai ales posterior, care devin apoi alb-sidefii cu o bordură violacee. Leziunile au evoluție lentă, au aspect sclero-atrofic la palpare, unele pot regresa lăsînd macule pigmentate, brune, atrofice. Tratamentul se face ca în lichen ruber plan.

ATROFODERMIE PASINI-PIERINI. Este o formă mai superficială de sclerodermie în plăci care interesează mai ales sexul feminin, afecțiunea localizîndu-se pe spate, uneori pe abdomen, sub formă de plăci ovalare sau rotunde roz-violacee sau brune, cu pielea fină, ușor mobilizabilă. Tratamentul este asemănător din sclerodermia în plăci.

Scanned with OKEN Scanner

ATROFII DEGENERATIVE. Atrofia senilă este un fenomen fiziologic legat de vîrstă înaintată, caracterizată prin piele subţiată, gălbuie, uscată, ridată, cu elasticitate scăzută.

Atrofia presenilă apare la marinari, pescari, agricultori, mecanici de locomotive, după 40 de ani, pe părţile descoperite (faţă, gît, dosul mîinilor), cu leziuni asemănătoare cu cele din atrofia senilă.

Atrofii coloide rezultă din transformarea ţesutului elastic în elacină, prezentîndu-se clinic sub mai multe aspecte;

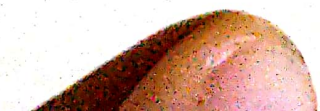
— **piele citrină** (Milian) cu localizare pe faţă, gît sub formă de plăci alb-gălbui, ridicate, cadrilate, cu accentuarea porilor care pot fi ocupaţi de cîte un comedon;

— **elastom difuz (Dubreuilh)** se dispune tot pe faţă şi gît printr-o placă difuză, galbenă, moale, ridată, mamelonată, împărţită în rombi;

— **piele romboidală** (Jadassohn) apare la agricultori, pe ceafă, unde pielea este îngroşată, romboidală, brună sau roşie brună, rugoasă;

— **elastoza cutanată nodulară cu chiste şi comedoane** (Favre şi Racouchot) se localizează pe tîmple, periorbitar, faţa posterioară a urechilor, pe ceafă sub formă de atrofie, comedoane, noduli fermi, uşor translucizi (chiste).

MALADIA PICK-HERXHEIMER. Afecţiune întîlnită la adulţi, mult mai rar la copii, cu localizare pe membrele inferioare, pe feţele de extensie, de o manieră inegală. Debutează cu pete roşii-violacee, cianotice însoţite de o infiltraţie păstoasă, uneori nodulară, iar după o evoluţie de cîteva luni sau ani urmează atrofia, cu piele subţiată, încreţită, plicaturată, laxă, cu o mobilitate anormală. Epiderma este netedă, strălucitoare, uneori uşor scuamoasă. Pielea se lasă plisată uşor, revenind foarte lent în tiparul ei din cauza pierderii elasticităţii. Consecinţă a acestei atrofii este vizibilitatea reţelei venoase, semn foarte evocator al acestei afecţiuni. Pielea este uscată, pigmentată sau acromică, cu secreţiile sebacee şi sudoripară diminuate, perii răriţi; la procesul atrofic participă derma şi hipodermul şi uneori chiar şi scheletul osos. În etiologia acestei afecţiuni, denumită şi acrodermatită cronică atrofiantă (datorită localizării, evoluţiei şi atrofiei marcate), au fost incriminaţi: frigul, temperatura ridicată, traumatismele, iar recent natura infecţioasă. În context cu această ultimă teorie etiologică, rezultatele cele mai bune se obţin cu penicilină cristalină în doze de 1 200 000 u. pe zi timp de 20—25 zile, tetraciclină, eritromicină, corticoterapie în doze mici 20 mg pe zi timp de 15—20 zile, vitamina E.



Scanned with OKEN Scanner

XERODERMA PIGMENTOSUM. Afecțiune foarte adesea ereditară, apare printr-un proces de sensibilitate particulară la razele actinice, caracterizată prin leziuni discromice și atrofice, keratoze, epitelioame multiple și prognostic grav. Debutul se face între 6 luni și 5 ani printr-un eritem, bule, apoi discromii de tip efelide și lentigo și pete acromice la care se asociază telangiectazii dînd pielii un aspect poikilodermic. În zonele acestea, pe părțile descoperite, apar teritorii atrofo-cicatriceale, pe care nu întîrzie să survină formațiuni keratozice și epitelioame spinocelulare și bazocelulare, melanoamele maligne fiind mult mai rare. Interesări oculare, tulburări neuro-psihice și somatice sînt notate. Se descriu forme precoce acute, forme cronice și chiar forme tardive.

Recent s-a constatat la acești bolnavi o deficiență în reparația ADN fibroblaștilor dermici și celulelor epidermice alterați de razele U.V. Defectul de reconstituire a ADN este atribuit carenței genetice a unei enzime endonuclează.

Tratamentul recomandă protecție împotriva razelor solare, cu creme antisolare cu antipirină 10%, săruri de chinină (bisulfat și clorhidrat 10%). Vitamină C, A, cortizon, penicilamină. Pe formațiunile keratozice aplicații de 5 fluorouracil ca și pe epitelioamele bazocelulare multiple. Acidul retinoic este astăzi preconizat pentru a evita degenerescența epiteliomatoasă.

ATROFODERMIA VERMICULATĂ A OBRAJILOR. Este o afecțiune rară, adesea familială, cu transmitere în dominanță, care apare între 5—12 ani, sub forma unor mici depresiuni atrofo-cicatriceale profunde de 1—3 mm, cu margini neregulate, localizate pe obraji, realizînd în totalitate un aspect vermiculat. Aceste depresiuni pot fi uneori ocupate de formațiuni keratozice pseudo-comedoniene care se elimină cu timpul. Erupții asemănătoare se pot întîlni în apropierea unghiului extern al ochilor sau preauricular. Evoluția este cronică, ameliorări se produc cu vîrsta, prin crioterapie sau expuneri la razele ultraviolete.

ATROFODERMIA FOLICULARĂ. Se caracterizează prin numeroase depresiuni punctate, corespunzînd orificiilor pilosebacee, în care nu sînt fire de păr vizibile, cu localizare pe fața dorsală a mîinilor și picioarelor, pe față dînd un aspect vermiculat regional. Este greu de apreciat momentul debutului. După unii autori această dermatoză nu ar constitui decît sechelele unui sindrom displazic, ca, de exemplu, sindrom Conradi Hünermann (maladia epifizelor punctate); de asemenea se remarcă asocierea posibilă cu nevomatoza bazo-celulară.

Scanned with OKEN Scanner

DISTROFII ELASTICE. PSEUDOXANTOM ELASTIC (sindrom Grönblad-Strandberg). Este cea mai frecventă dintre bolile difuze ale ţesutului elastic, cu caracter familial şi ereditar, constituită din plăci gălbui, pseudo-xantomatoase, compuse din papule gălbui, rotunde, poligonale, de mărimea unor gămălii de ac, dispuse adesea în strii paralele. Leziunile se localizează pe feţele laterale ale gîtului, ceafă, axile, marile plici cutanate, teritorii în care pielea are o consistenţă moale, este mai laxă şi mai elastică decît în mod normal. Rareori leziunile cutanate evoluează izolat; în 70—90% se asociază alterări oculare reprezentate mai ales de strii angioide, degenerescenţă maculară în 40—70% din cazuri; manifestările cutanate asociate cu leziunile oculare alcătuiesc sindromul Grönblad-Strandberg. Se mai descriu în cadrul elastorexiei sistematizate manifestări vasculare difuze (arterită a membrelor, interesări coronariene, accidente cerebro-meningeale, hemoragii digestive, metroragii, hematurii). Evoluţia este cronică, viaţa bolnavului este rar ameninţată, prognosticul este sub dependenţa leziunilor oculare. În antecedentele bolnavilor, anchetele genetice au arătat frecvenţa consangvinităţii părinţilor. Tratamentul se face cu vitamina E, A, corticoterapie.

CUTIS LAXA (dermatoliza). Se caracterizează printr-o laxitate anormală a pielii, care este moale, flască prea mare pentru zonele pe care le acoperă, formînd pliuri largi. Poate fi generalizată şi congenitală, apărînd la naştere sau în primii 2 ani sau circumscrisă (segmentară); s-au descris şi observaţii de cutis laxa cîştigate postinflamatorii. Tratamentul este numai chirurgical.

SINDROM EHLERS-DANLOS (cutis hiperelastica). Se traduce printr-o extensibilitate anormală şi considerabilă a pielii, evidenţiată printr-o tracţiune provocată, opunîndu-se astfel stării flasce permanente şi distensiei din cutis laxa. Este compus din patru simptome importante;

— hiperelasticitatea pielii, simptom major şi constant, este obişnuit simetrică, mai marcată la membre şi mai puţin evidenţiată pe frunte, palme, plante;

— hiperlaxitate articulară privind mai ales articulaţiile degetelor, care ajung adesea să atingă dosul mîinilor;

— fragilitatea pielii (dermatorexis), responsabilă de leziuni atrofo-cicatriceale localizate la coate, genunchi, apărute în urma microtraumatismelor repetate;

— fragilitate vasculară, tradusă prin echimoze şi hematoame subcutanate, indolore recidivante, multiple.

Scanned with OKEN Scanner

La acestea se mai pot întîlni niște semne accesorii, ca: deficite musculo-aponevrotice (amiotrofii, hipotonii musculare, hernii inghinale și diafragmatice), interesări oculare (strabism, luxația cristalinului, sclerotice albăstrui, sufuziuni hemoragice, întoarcerea ușoară a pleoapelor superioare).

Evoluția este cronică, identificarea se face după pubertate, afecțiunea persistă toată viața, fără speranța de vindecare spontană sau postterapeutică.

Sindromul este atribuit unei hiperplazii a țesutului elastic și hipoplazii a țesutului colagen. Există cazuri izolate, dar și numeroase cazuri familiare, transmiterea facîndu-se în dominanță regulată, uneori neregulată și chiar recesiv.

Tratamentul este profilactic, recomandîndu-se evitarea exercițiilor violente, traumatismelor de tot felul, intervențiile chirurgicale și angiografiile.

MALADIA MARFAN (Arachnodactilie). Afectează rar pielea sub forma unei modificări ale elasticității, care poate fi pusă în evidență pe fața externă a brațului, prin manevra ciupirii. Simptomul caracteristic este însă talia ridicată a subiectului, lungimea și subțirimea membrelor, cu degete lungi (aspect de chica voinicului), nas încovoiat, prognatism al maxilarului inferior. Prezintă și hipotonie musculară, hiperlaxitate a marilor articulații, mobilitatea rotulei, cu deplasare laterală este semnalată ca semn evocator. Leziuni oculare (ectopia cristalinului, miopia) se întîlnesc, iar cele cardiovasculare (malformații cardiace) domină prognosticul vital. Este o afecțiune ereditară în dominanță.

HOMOCISTINURIA. Este datorită alterării țesutului elastic și colagen; provocată de o tulburare enzimatică plasată în lanțul între metionină și cistină cu evidențierea homocistinei în urină. Simptomatologia organică se apropie de cea din maladia Marfan, dismorfia staturală este mai redusă, iar cutanat găsim eritem violaceu al obrajilor, regiunea în care cu timpul pielea se îngroașă, devine rugoasă și cu pori măriți. Bolnavii sînt retardați intelectual. Se poate face un tratament dietetic.

Scanned with OKEN Scanner

DERMATOZE EROZIVE ȘI ULCEROASE

ULCER VENOS (ulcer cronic, ulcer varicos). Afecțiune foarte frecventă în practica medicală, apare la bolnavii cu insuficiență venoasă (de unde și denumirea corectă de ulcer venos), la ambele sexe, cu localizare la gambe, supramaleolar, mai frecvent la stînga. Debutează mai ales după sindrom posttrombotic, în urma unui traumatism, grataj, procese piodermice, ruptura unor mici varice. Ulcerația unică sau multiplă este rotundă sau ovalară, uneori în manșetă, înconjurînd gamba în diferite zone; fundul ulcerației poate fi acoperit de procese necrotice, secreții purulente, fiind de cele mai multe ori roșu viu, cu granulații ușor sîngerînde. Marginile ulcerației sînt moi în ulcerul recent și fibroase, îngroșate în ulcerele vechi așa-zise caloase. În jurul ulcerației, din cauza secrețiilor, a factorilor microbieni, se găsește adesea o dermită eczematiformă uscată sau zemuindă. În aceste teritorii și îndeosebi în treimea inferioară se mai găsesc dermite purpurice și pigmentare reprezentate de erupții purpurice și placarde pigmentare galben-brune, hipodermită sclerodermiformă (dermato-scleroză) și edem cronic apărut în ortostatism prelungit, îndeosebi seara; toate acestea împreună cu ulcerul de gambă constituie manifestări cutanate ale insuficienței venoase cronice.

În etiopatogenia ulcerului venos intervine insuficiența venoasă cronică produsă mai ales în urma unor tromboflebite, varicele de tip primitiv, care apar la indivizi cu predispoziție, sub influența ortostatismului. Pe lîngă factorul circulator intervin și germenii microbieni (stafilococ, streptococ, piocianic, proteus, colibacili), cu rol și în agravarea și cronicizarea ulcerului. Ca factori favorizanți mai intervin afecțiuni cardiovasculare, ateroscleroză, hipertensiune arterială, obezitatea, diabetul, anemii avansate, maladia hemolitică congenitală.

Tratamentul recomandă repausul temporar la pat, safenectomie, sclerozarea varicelor cu aethoxysklerol 1—3%, tratamentul chirur-

gical și sclerozant putîndu-se asocia. Contenția cu bandaj elastic, aplicat dimineața înainte de coborîrea din pat, oferă bolnavilor importante ameliorări. Se combate infecția cu antibiotice, se influențează permeabilitatea capilară cu vitamina C, PP, tolazolin, tarosin. Se mai utilizează vitaminele A, B_1, B_6, E, supozitoare cu fenilbutazonă sau indometacin la bolnavii cu varicoflebite dureroase. Se prescrie și medicația care se adresează factorilor favorizanți citați mai sus. Tratamentul local indică în primul rînd dezinfecția ulcerului cu apă oxigenată, soluție rivanol 1‰, badijonaje cu pioctanine (soluție cristal violet 1%, mercurocrom 1%, Castellani), aplicații de pomezi cu antibiotice (tetraciclină 3%, cloramfenicol 5%, neomicină 5%), evitînd aplicațiile de penicilină, streptomicină și sulfamide local care produc sensibilizări. Se mai utilizează unguent Miculics, pastă cu colargol 10% și hidrocortizon 0,5%, neopreol, lasonil, pancol, folii de polietilen, pudraj cu dermatol. Pentru a se obține cicatrice mai puțin inestetice, ulcerele cu granulații mai pronunțate beneficiază de aplicații de soluție de nitrat de argint 3—20%, în funcție de mărimea mugurilor de epitelizare.

ȘANCRUL SIFILITIC ULCEROS. Întîlnit mai frecvent pe piele sub formă rotundă, bine delimitat, cu diametru de 1,5—3 cm, acoperit de cele mai multe ori de o crustă roșie-brună, cu induratie nodulară pronunțată și adenopatie satelită (cu ganglioni măriți de volum, duri, nedureroși, neinflamatori). Se localizează în regiunea pubiană, menton, buze.

SIFILIDE SECUNDARE ULCEROASE. Sînt din ce în ce mai rare, apar pe terenuri debilitate, pe fond papulos, acoperite de cruste roșii-brune sau brun-gălbui, impetiginoase.

ȘANCRUL TUBERCULOS. Este o tuberculoză, extrem de rară, care poate să apară la copii, mai ales sub 5 ani, pe obraji sau buze, contaminarea făcîndu-se prin sărut de la părinți bolnavi de tuberculoză, sub forma unei pustule, eroziuni cu baza indurată sau sub formă de ulcerație dureroasă cu margini zdrențuite. Se însoțește de adenopatie, inflamatorie, dureroasă, supurativă. Șancrul tuberculos și adenopatia constituie complexul primar tuberculos. Bacilul Koch se găsește în ulcerație, ganglioni, virajul reacției tuberculinice apare după 3—4 săptămîni de la ivirea ulcerației.

ULCERUL TUBERCULOS. Tuberculoză prin reinfecție sau superinfecție, apare pe mucoasele bucală, anală, pe limbă, la bolnavii cu tuberculoză pulmonară, intestinală, sub forma unui nodul moale,

Scanned with OKEN Scanner

care ulcerează rapid. Ulceraţia are margini neregulate, dezlipite, fundul neregulat, acoperit de ţesut necrotic murdar. Ulceraţia prezintă mici granulaţii gălbui (granulaţii Trélat)-tuberculi cazeificaţi. Nu găsim adenopatie. Bolnavii acuză durere locală, disfagie, sialoree în localizarea din cavitatea bucală.

ULCERAŢIE LA CROM (ochi de porumbel). Produsă de acţiunea caustică a cromului, cromaţilor şi bicromaţilor, la muncitorii metalurgişti, la cei din industria hîrtiei, cernelei şi creioanelor, ulceraţia se localizează pe feţele laterale ale degetelor. După un debut sub formă de papulă sau leziune rugoasă sau fisurată, apare o necroză centrală, care dă naştere unei ulceraţii rotunde, de 0,5—1 cm diametru, cu fundul neregulat şi margini sub formă de burelet gros, dur realizînd aspect de ochi de porumbel. Subiectiv bolnavii acuză dureri. Uneori praful de crom produce ulcerarea septului cartilaginos al foselor nazale.

RADIODERMITE ULCEROASE. Pot fi precoce şi tardive:

— *radiodermite ulceroase precoce* sînt rare, apar după radiodermite eritematoase sau eritematoveziculoase, la 15—18 zile, sub formă de ulceraţii superficiale, adesea dureroase, care sfîrşesc destul de rapid în cicatrice leucomelanodermice, cu epilaţie definitivă;

— *radiodermite ulceroase tardive* sînt mai frecvente şi necesită diferenţierea de ulceraţiile neoplazice. Ele pot apare pe o radiodermită scleroatrofică sub formă de ulceraţii de mari dimensiuni, neregulate, săpate, uneori sfacelice, fetide însoţite de dureri mari. Acestea apar după procedee radioterapice sau chiar după simple explorări radioscopice prelungite şi repetate. Ulceraţiile din radiodermitele profesionale sînt mici, dispuse în jurul unghiilor, alteori urmează unor formaţiuni keratozice; sînt rebele, recidivante şi dureroase.

Tratamentul se face chirurgical şi prin diatermocoagulare cu practicare de biopsie, ultra-sunete, antibiotice, corticoterapie; local aplicaţii de dezinfectante slabe, pioctanine, pomezi epitelizante.

MAL PERFORANT PLANTAR. Se localizează sub capul primului sau celui de-al cincilea metatarsian, mai puţin pe pulpa sau interlinia interfalangiană a degetului mare, zona mijlocie a unei plante prăbuşite. Poate fi unic sau multiplu, simetric sau nu; debutează printr-un proces de hiperkeratoză circumscrisă, ca o bătătură pe care în centru apare o mică ulceraţie rotundă sau ova-

Scanned with OKEN Scanner

lară, cu diametru de pînă la un cm, cu margini tăiate drept, reliefate și hiperkeratozice, cu fundul aton, cenușiu sau burjonant. Ulceraţia creşte în profunzime distrugînd adesea tendoane, atingînd articulaţii şi osul subiacent. Leziunea este insensibilă uneori, alteori dureroasă la presiune sau spontan, dar un semn important este anestezia la înţepătura făcută cu un stilet în fundul cavităţii. Malul perforant se poate infecta apărînd supuraţii, abcese, limfangite şi chiar gangrene.

Ca forme etiologice se descriu: mal perforant tabetic, diabetic, lepros, siringomielic. La poliomielitici, după suferinţe ale nervilor periferici s-au comunicat ulceraţii care îmbracă aspectul de mal perforant.

Tratamentul se face prin infiltraţii cu procaină, xilină perifemural, lombar, radioterapie funcţională în regiunea poplitee, intervenţii chirurgicale, iar local dezinfectante slabe, pomezi epitelizante (tetraciclină 3%, cloramfenicol 5%, neomicină 5%).

ACROPATII ULCEROMUTILANTE. Acropatia ulceromutilantă nu reprezintă o complicaţie neuro-trofică ca malul perforant, ci prin leziunile cutanate şi osoase, progresive, întinse şi mutilante constituie o entitate clinică.

Debutează printr-o flictenă sau ulceraţie într-o regiune de sprijin a piciorului, ulceraţia avînd caracterul descris mai sus, la malul perforant, unilateral la început, ca să devină bilateral, simetric. Piciorul se deformează, degetele se îngroaşă, ca şi piciorul, care ia aspect de picior cubic, la care se asociază fenomene vasomotorii de tip simpatic: hipersudaţie, piele umedă şi rece, cianoză. Tulburările de sensibilitate obiectivă debutează la extremitatea membrelor; este vorba de hipoestezie globală sau de disociaţie termoanalgezică. Leziunile osoase încep în articulaţiile metatarso-falangiene din teritoriul unde este localizată ulceraţia, artrită progresivă, imagini vacuolare ale falangelor, rarefiere osoasă. Evoluţia este cronică, progresivă, nedureroasă, cu posibile accidente inflamatorii şi eliminări de sechestre osoase. Distrugerile de părţi moi şi osoase obligă la intervenţii chirurgicale repetate de la amputaţii ale degetelor la amputaţii ale picioarelor. Afecţiunea are într-un număr mare de cazuri caracter familial, ereditar cu transmitere dominantă; etilismul cronic, condiţii deficitare de igienă şi alimentaţie, frecări tegumentare locale (marşuri forţate cu încălţăminte defectoasă, degerături vechi microtraumatisme repetate datorită saboţilor) sînt factori importanţi în etiologia afecţiunii. Tratamentul se face prin soluţii antiseptice locale, pomezi epitelizante în repaus

complet la pat, antibiotice în procesele inflamatorii şi tratament chirurgical.

LEISMANIOZĂ CUTANATĂ (buton de orient). Afecţiunea este produsă de un protozoar (Leishmania), transmiterea făcîndu-se printr-un vector -flebotomul-, de la om la om, după o incubaţie de 6—10 săptămîni sau chiar mai multe luni. Leziunea este unică sau multiplă, sub forma unei papule la început, care se infiltrează luînd aspect de nodul reliefat, pe care apare o ulceraţie, acoperită de o crustă gălbuie-brună. Ulceraţia are margini tăiate drept, fund granulos sau vegetant şi purulent. Lipsesc semne inflamatorii, durerea, adenopatiile. Leziunile persistă, vindecarea spontană nu survine decît după ani; sînt strict cutanate, localizarea pe mucoase fiind foarte rară. Se descriu mai multe forme clinice; uscate, abortive, tuberoase, verucoase, dermo-hipodermice, lupoide, în care ulceraţiile lipsesc sau apar tardiv, forme impetiginoide, necrotice, infiltrate în masă. Diagnosticul trebuie să aibă în vedere posibilitatea contaminării în urma unor excursii făcute în Orient, în ţări endemice, evoluţia cronică şi evidenţierea pe frotiuri din raclajul leziunilor, prin demogramă sau cupe histologice a corpurilor de Leishman. Tratamentul se face cu glucantime, în injecţii i.m. în doze de 0,10 g pe Kg/corp, fără a depăşi 6 g în cure de 10—15 injecţii, administrarea făcîndu-se zilnic, cu pauze de 15 zile între cure. Local se poate face crioterapie, electrocoagulare, antiseptice locale.

GRANULOM MALIGN CENTROFACIAL (sindrom Wegener). Afecţiune caracterizată prin leziuni ulcero-necrotice extensive, cu debut pe septul nazal sau bolta palatină, distrugînd centrul feţei, de etiologie necunoscută şi rebelă la toate tratamentele; se însoţeşte în faza finală de caşexie febrilă, hemoragii grave, dureri atroce, cu miros dezgustător; duce în cîteva luni sau cîţiva ani la moarte.

FAGEDENISM. Fagedenism înseamnă ulceraţie extensivă şi destructivă neobişnuită şi rebelă, care poate surveni secundar pe leziuni cu etiologie definită ca în fagedenismul sifilitic în cursul sifilisului terţiar, fagedenism al şancrului moale; alteori apare primitiv, ca în *piodermita fagedenică* în care un rol etiologic îl joacă colita ulceroasă sau alte focare infecţioase profunde (apendicită perforate, infecţii genito-urinare, pleurezie purulentă pericardite, artrite). Hipogamaglobulinemia poate fi unul din factorii posibili în apariţia ulceraţiilor fagedenice, iar recent s-a precizat rolul paraproteinelor, adică unei supraproducţii anormale de imunoglobuline. Tratamentul actual asociază corticoizi, gamaglobuline, antibiotice şi transfuzii sangvine.

Scanned with OKEN Scanner

GANGRENE CUTANATE

Gangrenele cutanate sînt mortificări ale pielii, cu necroză a dermei și hipodermului, care se pot prezenta clinic printr-o escară uscată (gangrena uscată) sau se însoțește de fenomene inflamatorii, supurații cu ramolirea țesutului sfacelic (gangrena umedă).

Gangrenele sînt produse de numeroși factori, izolați sau asociați; *agenți fizici și chimici* (compresiuni, arsură electrică, degerătură, arsuri chimice, înțepături de animale cu venin). Escarele de decubit la caşectici, paraplegici, cu traumatisme rachidiene, gangrenele prin injecții medicamentoase cu adrenalină administrată intramuscular, cu săruri de bismut (dermita livedoidă Nicolau), ca și gangrene alergice locale realizînd fenomenul Arthus sau Sanarelli-Schwartzman pot fi observate; *gangrene infecțioase* primitive sînt rar întîlnite în afara celor produse de piocianic, care pare mai frecvent în ultimul timp. Gangrene secundare survin pe plăgi sau dermatoze prezistente, pe terenuri deficitare (caşexie, diabet, arterită, hipogamaglobulinemie).

Gangrena streptococică (fasciita necrozantă) produsă de streptococul hemolitic, are o evoluție supraacută și necesită o debridare chirurgicală urgentă. Apare de obicei la un membru inferior, de cele mai multe ori după un traumatism minor (înțepătură, arsură, injecție hipodermică), sub forma unui placard edematos, roșu, cald, destins, dureros, care ia apoi o coloratie albăstruie pe care erup bule, leziuni purpurice, necrotice, moment în care este necesară debridarea chirurgicală pentru că altfel apare gangrena care merge în țesutul celular și grăsos și chiar la aponevroză. Prognosticul este sever cu exitus în jumătate din cazuri. Antibioterapia este ineficace dar necesară, singura metodă terapeutică este cea chirurgicală.

Gangrenele copiilor;

— *gangrena noului-născut* poate fi reprezentată de *gangrena masivă a extremităților*, care poate fi congenitală, debutează în uter și poate antrena amputația unui deget de la mîini sau picioare,

Scanned with OKEN Scanner

datorită unei tromboze arteriale sau poliglobulii neonatale, care ar antrena microtromboze capilare. *Gangrena ombilicală* se produce prin infecții accidentale cu bacil pioclanic, stafilococ auriu;

— *gangrenele sugarilor și copiilor* pot surveni în septicemii caracterizate prin necroze parcelare; alteori datorită unei infecții grave stafilococe apare necroză extensivă (gangrenă sau flegmon) cu localizare electivă pe piept, cu aspect de placă pseudoerizipelatoasă. Se mai cunosc gangrene multiple ale copiilor, secundare unei boli infecțioase, în urma unor intoxicații cu mercur, a unor injecții intravenoase sau mai precis paravenoase, a unor vaccinări intradermice cu BCG.

Tratamentul se face cu antibiotice de urgență, urmînd a schimba antibioticele după efectuarea antibiogramei dacă este cazul.

Scanned with OKEN Scanner

TUMORI CUTANATE BENIGNE

Sînt neoformații dobîndite, neinflamatorii și circumscrise, de cauză necunoscută, fără tendință de invazie sau de metastaze.

Totuși unele leziuni inflamatorii, de natură infecțioasă, cum sînt moluscum contagiosum și botriomicomul, prin aspectul lor clinic, asemănător tumorilor vor fi descrise în acest capitol.

MOLUSCUM CONTAGIOSUM. Este o afecțiune produsă de un virus din grupul variola-vaccina, contagioasă și autoinoculabilă, caracterizată prin mici tumorete hemisferice, albe sau roze, de mărimea unei gămălii de ac sau bob de mazăre. Un element caracteristic este ombilicarea centrală, prezentă pe unele elemente și îndeosebi pe cele mai vechi. La presiune puternică, între două degete, sau cu extractorul de comedoane, se exprimă o materie păstoasă alb-gri, în care se observă la microscop celule cornoase și corpusculi ovoizi refringenți (corpusculi de moluscum). Se localizează pe față, organe genitale, în orice parte a corpului, mai ales la copii. Tratamentul se face îndepărtîndu-le cu chiureta sau extractorul de comedoane și badijonaj cu tinctură de iod.

BOTRIOMICOM (granulom telangiectazic, granulom piogenicum). Este o tumoră mică, reliefată, pînă la mărimea unei alune, moale, de culoare roșie, ușor sîngerîndă, strangulată la bază sau pediculată, cu localizare de predilecție la degete, buze, limbă, pielea capului, urechi. Este produsă de stafilococ auriu inoculat pe o placă iritată, cauterizată sau infectată, după o incubație de cîteva zile la mai multe săptămîni. Evoluează lent, nu dispare practic niciodată, este întotdeauna benign. Tratamentul folosește diatermocoagularea sau cîteva ședințe de crioterapie, cu aplicații de soluție de cristal violet 1%.

TUMORI BENIGNE EPITELIALE. Sînt tumori care interesează epiderma de suprafață și glandele, în formarea lor intervenind două mecanisme: hiperplazia și retenția.

Scanned with OKEN Scanner

1. **Tumori prin hiperplazie epidermică**

— *Keratoacantomul,* aproape întotdeauna unic, se localizează pe faţa, dosul mîinilor, sub aspectul unei mici ridicături emisferice, de culoarea pielii normale sau cu tentă roză, cu centrul ombilicat de un dop keratozic, de consistenţă fermă. Tumora nu este dureroasă, este mobilă pe planurile profunde, bine delimitată şi nu face adenopatie. În a cincea, a şasa săptămînă formaţiunea involuează, iar după alte şase săptămîni în locul tumorii survine o cicatrice atrofică. Tumora apare mai ales la sexul masculin, după 40 de ani, cu un număr mai mare de cazuri în regiuni industriale şi miniere (rolul gudronului, uleiurilor grele). Evoluţia pare a fi spre vindecare spontană, biopsia parţială poate grăbi regresiunea, iar recidivele in situ pot fi observate. Transformarea malignă a keratoacantomului nu are argumente decisive. Tratamentul se face prin electrocoagulare, radioterapie de contact, exereză chirurgicală;

— *Acantomul cu celule clare* apare mai ales între 50—70 ani, de obicei pe gambe, sub forma unei formaţiuni nodulare emisferice, cu diametru de 10—15 mm, de culoare roză sau roşie, acoperită de o crustă keratozică, lăsînd să iasă o discretă zemuire. Tumora este constituită din hiperplazia celulelor malpighiene, iar histochimic se evidenţiază bogăţia de celule clare în glicogen. Etiopatogenia nu este precizată, iar tratamentul constă din ablatie-biopsie, care relevă diagnosticul şi îndepărtează definitiv leziunea.

2. **Tumori hiperplazice anexiale** se împart în trei grupe:

a. **Epiteliom calcificat Malherbe (pilomatrixomul)** este de natură pilară, care apare la orice vîrstă, mai adesea în copilărie, mai frecvent pe faţă şi membre, sub forma unui nodul de mărimea unui bob de mazăre sau alună, dur, rotund sau neregulat, de culoarea pielii sau discret gălbuie. Localizat subcutanat, nu aderă la planurile subcutanate, uşor mobil faţă de piele. Este nedureros, evoluează indefinit. Tratamentul recomandă excizie largă.

b. **Adenoamele sudoripare sau hidradenoamele** sînt de mai multe feluri;

— *hidradenoamele pleoapelor* sînt mici ridicături, cît o gămălie de ac, de culoarea pielii normale, localizate la pleoapele inferioare la femeile în etate;

— *hidradenoamele eruptive* apar în pusee, la tineri, pe faţa anterioară a toracelui şi abdomenului; sînt ridicături roze, gălbui, ferme, netede, care persistă indefinit sau dispar;

— *hidradenomul papilifer al vulvei* este un mic nodul intradermic, pînă la diametru de un cm, ferm, elastic, uşor reliefat, avînd culoarea roză, albăstruie, cu localizare aproape exclusiv în regiu-

Scanned with OKEN Scanner

nea genitală (labiile mari) sau perineo-perianal, uneori pruriginos, rar dureros. Se aseamănă ca aspect cu un chist, lipom sau tumoră a glandei Bartholin. Tratamentul se face prin excizie;

— *siringocistadenomul papilifer (hidradenomul verucos fistulo-vegetant)* este o tumoră sudoripară apocrină, adesea congenitală, rară, întotdeauna unică, cu localizare pe pielea capului, frunte și regiunea temporală. Debutează sub forma unei plăci puțin infiltrate, crustoase sau verucoase devenind după pubertate o mică tumoretă papilomatoasă sau verucoasă, uneori ombilicată, prezentînd un mic orificiu fistulos, de unde iese un lichid seros sau brun. Exereza chirurgicală este tratamentul recomandat;

— *poromul ecrin* este o tumoră a porțiunii intradermice a canalului excretor al glandelor sudoripare ecrine, unică, cu diametru de 2—15 mm sau chiar mai mult, de culoare roșie, de consistență elastică sau fermă, reliefată, sesilă sau pediculată, localizată pe plantă. Seamănă cu un botriomicom, epiteliom, verucă; tratamentul se face prin electrocoagulare sau crioterapie.

c. **Adenoamele sebacee** sînt de două tipuri: simetrice și asimetrice;

— *adenoame sebacee simetrice ale feței* pot fi de trei tipuri:

1. *tip Balzer Ménétrier,* varietate albă cu predominență sebacee;

2. *tip Pringle* sau varietate roșie, cu predominență vasculară;

3. *tip Hallopeau-Leredde,* varietatea dură, cu predominență fibroasă.

Primul tip, Balzer Ménétrier, s-ar identifica cu trichoepitelioamele, celelalte două sînt componente ale *sclerozei tuberoase Bourneville (epiloia),* care este o geno-neurodermatoză.

Tipul Hallopeau-Leredde reprezintă varietatea fibroasă a tipului Pringle.

Adenoamele sebacee Pringle sînt ridicături globuloase, de mărimea unor boabe de mazăre-gămălii de ac, dispuse simetric în șanțurile nazo-geniene, pe obraji, menton, majoritatea de culoare roșie, sau gălbuie, ferme, elastice, cu suprafața netedă. Apar în copilărie între 5—10 ani, persistă indefinit. În epiloia pot apare alte manifestații nevoide, ca moluscum pendulum, fibrom moluscum, pete acromice pseudovitiliginoase, considerate ca nevi acromici. Tumorile peri-unghiale Koenen, ca și adenoamele Pringle, sînt caracteristice afecțiunii; sînt mici proliferări cărnoase, gri sau roze, ferme, dezprinzîndu-se de la baza unghiei, din șanțul periunghial, aplecate pe partea mediană sau laterală a unghiei. La acești bolnavi se întîlnesc crize convulsive, tulburări mentale, electroence-

Scanned with OKEN Scanner

falograme cu anomalii, facomatoze retiniene, leziuni osoase craniene de aspect pagetoid, tumori renale, rabdomioame cardiace, miomatoze interstiţiale pulmonare; mai rar leziuni ale tubului digestiv, ficatului, splinei, pancreasului, ovarelor, uterului, suprarenalei şi tiroidei.

Evoluţia epiloiei duce le exitus într-un procentaj ridicat din cauza leziunilor cerebrale (epilepsie, tumori), atingerilor cardiace, renale sau mai tardiv manifestărilor pulmonare.

Tratamentul se face prin electrocoagularea adenoamelor, molluscum, tumorilor Koenen. Intervenţii chirurgicale se fac în leziunile renale.

— *adenoame sebacee asimetrice* sînt formaţiuni de mărimea unor boabe de linte pînă la cea a unei alune, de culoare gălbuie, care apar în copilărie şi se localizează în teritorii bogate în glande sebacee; faţă, torace posterior, pielea capului. Tratamentul se face prin excizie chirurgicală sau electrocoagulare.

Adenoamele sebacee senile apar la adulţi după 40 de ani, pe faţă, sub forma unor noduli rotunzi, cu diametru de 2—5 mm, uşor reliefaţi, de culoare alb-gălbui, sau a pielii normale, fermi, adesea cu o mică ombilicare centrală. Nu sînt dureroşi, nici pruriginoşi şi au o structură histologică asemănătoare nevului sebaceu al lui Jadassohn. Tratamentul se face cu zăpadă carbonică sau electrocoagulare fină, superficială.

Grăunţii lui Fordyce sînt adenoame sebacee ale mucoaselor sau glandelor sebacee heterotopice, localizate pe marginea liberă a buzelor sau faţa internă a obrajilor, sub forma unor grăunţi mici, gălbui. Apar după 20 de ani, sînt nedureroşi şi nu au semnificaţie patologică. Se pot întîlni mai rar pe gland sau pe areola mamelonilor.

3. **Tumorile epiteliale prin retenţie sau chistele** se împart în:

— *chiste sebacee* se localizează în regiuni seboreice (faţă, gît, regiunea posterioară a toracelui), sub forma unor tumori subepidermice, de diferite mărimi, de culoarea pielii sau roşii cînd sînt inflamate; caracteristic au în vîrf un orificiu ombilicat, marcat de un punct negru (comedon). Se asociază adesea cu acneea. Chistele sebacee se formează prin dilatarea conductului excretor al glandei sebacee, prin obstrucţia foliculului, rezultînd la început un comedon şi apoi chistul, din care la presiune se elimină o masă păstoasă, alb-gălbuie, urît mirositoare, compusă din grăsime şi celule epidermice;

— *chiste cornoase (milium)* sînt formaţiuni mici, albe, perlate, dure, dispuse în cele 2/3 superioare ale feţei şi pe scrot. Sînt

chiste epidermice, situate într-un folicul pilo-sebaceu, umplute cu keratină. Ele mai pot apare pe cicatrice de arsură, porfirie cutanată tardivă, epidermoliză buloasă, pemfigus, maladia Duhring-Brocq. Se pot îndepărta cu chiureta, vaccinostil sau cu un ac flambat (steril);

— *chiste seroase (sudoripare, hidrocistoame)* apar în număr mare pe față, la femeile în vîrstă expuse focului de la mașinile de gătit, sub forma unor mici ridicături translucide, gălbui, uneori cu nuanță albăstruie, din care prin înțepare se scurge un lichid apos. Tratamentul se face prin puncționare cu acul sau crioterapie;

— *chiste dermoide* sînt produse de o includere epidermică în fantele embrionale, identificîndu-se prin originea și sediul lor cu chistele și fistulele disrafice; sînt formațiuni rotunde sau ovalare, renitente sau ferme, care conțin epidermă, fanere, uneori cartilaje și chiar os; se localizează la nivelul locurilor de sutură ale fantelor embrionare (periorbitar, la nivelul gîtului, sternului, sacrului, rafeului perineal). Chistul pilonidal este o varietate cu sediul în regiunea sacro-coccigiană. Traumatismele favorizează infectarea și supurația acestor chiste. Singurul tratament este excizia chirurgicală.

STĂRI INTERMEDIARE. Cilindromul este o tumoră benignă epitelială, caracterizată prin tumori multiple, de mărimi variate de la cea a unei cireșe pînă la mărimea unui ou de găină, grupate adesea în ciorchine de roșii. Sînt rotunde, emisferice, netede, sesile sau pediculate, cu pielea subțiată, de culoare normală sau roză; sînt de consistență elastică, superficiale, mobile pe planurile profunde. Tumori mai mici se observă adesea la marginea pielii păroase, pe frunte, pe urechi. Tumorile pot acoperi o mare porțiune din pielea păroasă a capului, realizînd aspectul de *tumoră turban (Poncet-Spiegler).*

Cilindroamele apar în adolescență sau vîrstă adultă, au un caracter familial și ereditar, cu transmitere în dominanță regulată, se dezvoltă lent, persistă indefinit, ulcerează rar și se transformă excepțional în cancer. Tratamentul este chirurgical, cu exereză largă recomandat în cazul tumorilor voluminoase și jenante.

Trichoepiteliomul (epiteliom adenoid chistic) se manifestă prin ridicături mici, rotunde, globuloase, sau ușor ascuțite, de mărimea unor gămălii de ac sau boabe de mazăre, netede, de culoarea pielii normale, de consistență moale sau fermă. Se întîlnesc pe față, simetric și pot fi asociate cu nevi, fibroame, adenoame sebacee. Sînt uneori familiale și ereditare cu transmitere în dominanță. Unii con-

Scanned with OKEN Scanner

sideră tricoepiteliomul ca un epiteliom bazocelular keratinizant, iar Lever ca un „hamarton suborganoid" cu diferențiere pilară. Tratamentul se face prin electrocoagulare sau excizie.

Tumora fibro-epitelială Pinkus, considerată de unii ca o varietate de epiteliom bazocelular, se caracterizează prin tumori sesile sau pediculate sau placarde reliefate bine delimitate, localizate pe spate în porțiunea inferioară, avînd o culoare roză, suprafața netedă, fiind ferme la palpare. Ele simulează aspectul de fibroame, veruci seboreice, maladie Bowen, au evoluție lentă, păstrîndu-și caracterul benign mult timp, ulcerînd după mulți ani și comportîndu-se apoi ca veritabile epitelioame bazocelulare. Tratamentul se face prin electrocoagulare.

TUMORI BENIGNE MEZENCHIMATOASE (Conjunctive). Sînt constituite din hiperplazia țesutului conjunctiv și din țesuturile care derivă din mezoderm (adipos, nervi, musculatură netedă, vase sangvine sau limfatice).

Fibroamele sînt proliferări ale fibrelor conjunctive și celulelor (fibroblaști și celule mezenchimatoase mai mult sau mai puțin diferențiate, care și-au păstrat în parte puterea macrofagică, adică histiocite). Teoretic, în afară de fibroame există histiocitoame și forme intermediare histiocitofibroame.

Moluscum pendulum este tipul de fibrom moale, numit și fibrom sau nev moluscum, cu aspectul unei tumorete piriforme, moi, flasce, cu un pedicul îngust, de culoarea pielii, de mărimi variabile, ajungînd uneori la volumul unei portocale. Se localizează mai ales la gît, porțiunea superioară a spatelui, axile, pleoape, plicile genitocrurale; apar de obicei după 40 de ani, sînt stabile, nu prezintă modificări evolutive. Moluscum pendulum de talie mică se poate confunda cu papiloamele sau verucile filiforme. Cînd se găsește în număr mare și sînt voluminoase ne orientează spre o maladie Recklinghausen sau uneori spre o epiloia. Tratamentul se face cu bisturiul electric.

Histiocitofibrom (dermatofibrom, fibrom în pastilă) este cel mai frecvent fibrom cutanat; este o mică tumoră, care apare la adulți, mai ales la femei, îndeosebi pe membre, de formă rotundă, cu diametru de 5—20 mm, de culoare brună mai ales la periferie. Este de consistență fermă și la palpare între două degete se simte un nodul plat, foarte dur, cu impresia de pastilă inclusă în piele; adesea ombilicat sau deprimat, este rar pruriginos, regresează cîteodată lăsînd o pată pigmentată. O varietate clinică este angiohistiocitomul, foarte vascularizat, adesea ulcerat.

Tratamentul se face prin excizie chirurgicală.

Scanned with OKEN Scanner

Fibrokeratom digital dobîndit (fibrokeratom acral) se prezintă ca o mică formațiune, reliefată și nedureroasă, cu diametru de 3—10 mm, lunguiață, fermă, cu suprafața keratozică, înconjurată de o coloretă de sub care pare că iese tumora. Mai frecventă la sexul masculin, se situează în jurul sau sub o unghie de la degetele mîinilor, mai rar la picioare. Etiologia este neprecizată, unii invocă traumatisme iar tratamentul este chirurgical.

Fibromatozele sînt formațiuni mai întinse, mai voluminoase, mai profunde, cuprinzînd țesutul subcutanat și interesînd cîteodată planurile aponevrotice și musculare. Pot fi *congenitale și juvenile* (solitare, multinodulare, a sternocleido-mastodianului, palmo-plantare). *Fibromatozele tardive* cuprind induratia corpilor cavernoși (maladia La Peyronie), fibromatoza palmară (maladia Dupuytren) și fibromatoza plantară (maladia Ledderhose).

Maladia Dupuytren începe prin mici noduli subcutanați, rotunzi sau fuziformi, fermi, nedureroși, dispuși în partea distală a palmei, la baza și în axul degetelor IV și V de la mîini. Nodulii cresc lent, formează bride longitudinale reliefate, care au de fiecare parte cîte o depresiune ale căror ramuri se reunesc în V spre partea mediană a palmei. Această fibroză retractilă produce o flexie progresivă a primei falange a degetului pe metacorpian și uneori chiar a celei de-a doua falangă pe prima. Se întîlnește la adult, mai ales le sexul masculin, fiind considerată azi cu determinare genetică, formele familiale reprezentînd 40% din cazuri. Tratamentul se face cu ultrasunete, infiltrații cu volon 40, vitamina E în doze mari, intervenții chirurgicale.

Fibromatoza plantară (maladia Ledderhose) este maladia Dupuytren localizată la aponevroza plantară superficială, traducîndu-se mai ales prin noduli fibroși voluminoși, rareori prin bride aponevrotice, care să provoace retracția degetelor.

Fibroame și fibromatoze pseudosarcomatoase sînt tumori mezenchimatoase cu structură histologică, simulînd pe cea a unei tumori maligne sarcomatoase. Tipul cel mai frapant este **fibroxantomul atipic** care apare la subiecții în vîrstă, în regiunea cefalică, sub forma unei mici tumori nedureroase, cu diametru de 1—2 cm, adesea ulcerată și sîngerîndă, asemănătoare unui epiteliom bazocelular sau spinocelular sau botriomicom. În antecedente găsim expuneri la soare, iradiații ionizante, traumatisme; evoluția este benignă, iar ablația tumorii duce la vindecare.

Keloidele sînt formațiuni fibroase, reliefate, dure, nodulare sau sub formă de placarde alungite, cu suprafața netedă sau neregulată, de culoare roză sau roșie, uneori cu aspect digitiform și

Scanned with OKEN Scanner

prezența de telangiectazii. Etiologia rămîne neprecizată; se presupune o predispoziție particulară (ereditate, teren tuberculos, rasa neagră), la care contribuie un factor local (tulburări vasculare, infecție microbiană). Keloidele pot fi *primitive* sau *spontane*, cu localizare presternal și *keloide secundare* sau *cicatriceale* care survin după arsuri, incizi, scarificări, lupus tuberculos, gomă tuberculoasă, traumatisme și stoarcerea unor chiste, comedoane.

Tratamentul se face cu zăpadă carbonică, asociată sau nu cu scarificări, infiltrații cu volon, ultrasunete, radiumterapie.

Lipoamele sînt formațiuni subcutanate, rotunde, de volumul unui bob de mazăre pînă la volumul unei mandarine, mobile pe planurile profunde și obișnuit nedureroase; au consistență moale, uneori pseudofluctuentă și sînt uneori lobulate. Nu sînt inflamatorii, iar tegumentul care le acoperă are o culoare normală. Pot fi *solitare*, reprezentate de o tumoră izolată apărută în regiuni supuse presiunilor; spate, lombe, ceafă, rădăcina membrelor și *lipomatoză* sau *lipoame multiple* dezvoltate după anumite infecții, nașteri, slăbire rapidă, traumatisme nervoase, însoțite adesea de hipercolesterolemie. Lipomatozele se asociază uneori cu variate displazii.

Adenolipomatoza Launois-Bensaude prinde simetric teritorii ganglionare, în principal gîtul. *Maladia Dercum* este o neuro-lipomatoză dureroasă cu localizare pe trunchi, însoțită de dureri spontane sau provocate la presiune, survenind în crize cu roșeață și tumefacție; astenie, tulburări intelectuale și nervoase se întîlnesc adesea. Tratamentul tuturor formelor de lipoame se face prin excizie chirurgicală.

Xantoamele sînt tumori de culoare gălbuie, caracterizate prin prezența în dermă de celule spumoase (celule xantomatoase sau celule Touton), conținînd depozite lipidice sudanofile, mai ales bogate în colesterol. Ele sînt de trei feluri:

— *xantoame plane* apar obișnuit în unghiul intern al pleoapei superioare, simetric, sub formă de pete galben deschis, ovalare, bine delimitate, netede, însoțite de cholesterolemie moderată, hipertensiune, obezitate sau tulburări cardiace cunoscute și sub denumirea de *xantelasma pleoapelor*. Xantoame plane extrapalpebrale unice sau multiple se dispun pe trunchi, pe membre sau gît în sindroame hipercolesterolemice primitive sau secundare;

— *xantoame papulotuberoase* sînt formațiuni reliefate, ferme, de mărimi diferite, de la un bob de mei la tumori de mărimea unor alune, de culoare galbenă. Pot apare brusc *xantoame papuloase eruptive*, de culoare galbenă cu predilecție pe fese, abdomen, membre reprezentînd manifestarea dominantă a xantomatozei hiperchy-

lomicronemică (unei hiperlipidemii induse prin grăsimi alimentare, cu creşterea considerabilă a trigliceridelor şi colesterol normal). *Xantoamele nodulare* pot fi micro-nodulare şi macro-nodulare, globuloase, întîlnite în xantomatoza juvenilă, forma macro-nodulară găsindu-se în xantomatoze hiperlipemice. *Xantoamele tuberoase* sînt tumori ferme, hemisferice, sesile sau pediculate, dispuse pe zonele de extensie ale membrelor şi se întîlnesc în xantomatoza hipercolesterolemică;

— *xantoame tendinoase* se asociază adesea cu xantoame tuberoase hipercolesterolemice, se localizează pe tendonul lui Achile, muşchii extensori ai degetelor, la genunchi sau pe triceps, aderînd la tendoanele subiacente; pielea care le acoperă este de culoare normală, iar mobilizarea ei este redusă.

Tratamentul urmăreşte corectarea tulburărilor metabolice ale lipidelor, alimentaţie săracă în grăsimi şi glucide; se administrează colagoge şi hipocolesterolemiante (anghirol, carbicol, colebil, peptocolin, asclerol); lipotrope şi lipidoconversoare (inositol, metionină (tonozit), mecopar, heparină lipocaică); hipoglicemiante (insulină, meguan, tolbutamid); extracte tiroidiene (tiroidă), hormoni tiroidieni de sinteză (tiroton) cu prudenţă; vitamina A 100 000 u. pe zi. Local crioterapie, extirpare chirurgicală. Xantomatozele sînt afecţiuni generale dismetabolice (hiperlipidemice, hipercolesterolemice), care se împart în două mari grupuri, în care găsim şi manifestări cutanate.

I. **Xantomatoze mormolipemice** cuprind *xantoame plane xantelasma)*; *xantoame plane diffuze* asociate frecvent cu tulburări globulinemice; *xantomatoză diseminată cutaneomucoasă* cu noduli xantomatoşi pe mucoasa bucală şi căile superioare aeriene, care pot duce la asfixie şi traheotomie, plicile tegumentare fiind sediul localizării unor leziuni papulo-tuberoase de mărimi variabile. Afecţiunea apare la orice vîrstă cu frecvenţă la copil şi adultul tînăr. *Nevo-xantoendoteliomul sau xantogranulomul juvenil* apare în primele săptămîni de viaţă pe cap, faţă şi gît sub formă de mici noduli roşii, care progresiv se măresc devenind formaţiuni emisferice cu diametru de 1—4 cm, roşii-brune, cu tentă gălbuie. Sînt de consistenţă fermă, persistă în această stare cîţiva ani, apoi se turtesc şi dispar între 3—7 ani fără să lase urme.

II. **Xantomatoze hiperlipidemice (hiperlipoproteinemice)** se împart, după Fredrickson-Lees, în cinci tipuri.

1. **Xantomatoză hiperchilomicronemică** (hipertrigliceridemie exogenă) este reprezentată de hiperlipidemie indusă prin grăsimi alimentare, caracterizată prin ser tulbure a jeun, lipide totale cres-

Scanned with OKEN Scanner

cute datorită măririi considerabile a trigliceridelor. Menționăm că chylomicroni sînt particule mari lipoproteinice alcătuite aproape în totalitate (85%) din trigliceride exogene. Colesterolul este normal sau moderat ridicat. Erupția cutanată este reprezentată de xantoame papulo-eruptive. Semnele umorale și clinice se reduc și dispar la un regim sărac în grăsimi.

2. **Xantomatoză hipercolesterolemică pură sau hiperbeta-lipoproteinică** este caracterizată prin ser clar, colesterolemie foarte ridicată, fosfolipide foarte crescute, trigliceride normale. Electroforegrama arată o proporție mare de beta-lipoproteine. În această formă xantoamele sînt definitive, de cele mai multe ori tuberoase, asociate cu xantoame tendinoase, aponevrotice sau subperiostale. Simptomatologia este dominată de ateromatoză și complicațiile sale (infarct de miocard, arterite).

3. **Xantomatoză hiperbeta-lipoproteinemică de tip I și hiperprebeta-lipoproteinemică de tip IV,** cu un ser adesea tulbure conținînd valori ridicate ale trigliceridelor, colesterolului și fosfolipidelor. Electroforeza indică o bandă accentuată de betalipoproteine, iar pe electroforeza în tampon de serum-albumine o bandă lată în zona beta și prebeta. Toleranța la glucoză este adesea perturbată. Clinic se găsesc xantoame de toate varietățile; cîteodată palmare, tendinoase, arc cornean, dureri epigastrice, ateroscleroză și coronarită cu prognostic grav.

4. **Xantomatoză hiperprebeta-lipoproteinică sau hiperlipomicronemică** cu ser a jeun lactescent, cu lipidele totale și trigliceride foarte ridicate și în multe cazuri și hiperglicemii asociate. Xantoamele sînt de toate tipurile, plane, papulo-eruptive, tuberoase, chiar tendinoase; lipemia retiniană ar fi frecventă, semnalîndu-se și crize abdominale.

5. **Xantomatoză hiperchylomicronemică tip I și hiperprebeta-lipoproteinemică de tip IV,** cu un ser de-a dreptul tulbure, hipertrigliceridemie foarte ridicată, colesterol și fosfatide normale, o dungă de chilomicroni și o bandă de prebeta-lipoproteine, cu tablou clinic din tipul I.

Xanto-leucoze sînt rarități clinice, alcătuite din xantoame și leucoze mieloide sau limfoide ale copilului, mai rar ale adultului; uneori întîlnim xantoame plane diseminate în cursul unor reticuloze maligne.

Leiomioame, tumori ale țesutului muscular neted sînt unice sau multiple, localizate în orice parte a corpului, au mărimea unui bob de piper, bob de mazăre, de culoarea pielii sau gălbuie, puțin translucide, dure, inclavate în dermă. Sînt sensibile la presiune

Scanned with OKEN Scanner

determinînd adevărate dureri, iar la palpare, la frig, durerea se accentuează. Apar la toate vîrstele și se deosebesc de hidradenoamele eruptive prin localizarea acestora pe fața anterioară a toracelui și absența durerii provocate. Ablația chirurgicală, electrocoagularea, crioterapia se practică.

Hemangiopericitom, tumoră asemănătoare histogenetic cu angioleiomiomul și tumora glomică, apare sub forma unui nodul hipodermic, ferm, elastic sau moale, uneori lobulat, nedureros, cîteodată albăstrui, sau roșu viu. Se poate ulcera, poate lua un volum considerabil mai ales după intervenții chirurgicale, producînd jenă funcțională. Tratamentul este chirurgical sau prin electrocoagulare, fără a preveni recidivele.

Neuroame sau nevroame se formează din filete nervoase. Apar cel mai frecvent post-traumatic. Cele spontane (zise idiopatice) sînt mai rare. Sînt mici noduli, de mărimea unor gămălii de ac pînă la cea a unei alune, sesile, de culoarea pielii sau roze, ferme, la început nedureroase, devin după luni sau ani foarte dureroase. Tratamentul se face prin excizie chirurgicală.

Schwanoame sînt constituite din proliferarea tecii lui Schwann sub forma unei tumori, adesea unice, localizată la încheietura pumnului, fața anterioară a antebrațului, în plicile coatelor, poplitee, pe buze, pe limbă. Ajung pînă la mărimea unei nuci și fac corp comun cu tegumentul sau mucoasa, care iau o colorație gălbuie-rozã. În diagnostic ne orientează localizarea pe un traiect nervos la care aderă durerile, semne de iritație nervoasă. Tratamentul este tot chirurgical.

Tumora cu celule granuloase Abrikossoff (rhabdomiom granulo-celular) apare la adultul de vîrstă medie, localizată variat, (piele, mușchi, glande salivare, căile respiratorii, inimă etc.), dar într-o treime din cazuri la limbă și 20% în țesutul cutanat și subcutanat. Este de obicei unică, rotundă, bine circumscrisă, reliefată, cu diametru de 0,5—2 cm, cu suprafața netedă, de culoare gri-gălbuie, fermă, nedureroasă, cîteodată ulcerată. Natura tumorii nu este încă precizată, celula granuloasă putînd fi de natură diversă (muschiulară, conjunctivă, adipoasă, glandulară, schwaniană). Tratamentul constă din excizie chirurgicală.

Tumora glomică (angio-neuro-miom) se întîlnește de predilecție pe degete, cel mai adesea subunghial, sub forma unei tumori mici, de culoare albăstruie, de mărimea unei semințe de cînepă pînă la un bob de mazăre, netedă, de consistență moale și foarte dureroasă la presiune, frig sau căldură. Tratamentul indică excizie chirurgicală.

Scanned with OKEN Scanner

TUMORI OSTEO-CARTILAGINOASE ŞI MUCOIDE

Condroamele se localizează obişnuit pe os, dermatologul observîndu-le pe mîini (falange), urechi, regiunea preauriculară.

Formaţiuni cartilaginoase şi osoase, dure, unice sau multiple pot apărea în piele, pe leziuni cicatriceale, degenerative sau proliferative.

Nodulul dureros al urechii interesează adulţii, destul de frecvent întîlnit, localizat în partea superioară a helixului, în zona tuberculului lui Darwin, sub forma unui nodul izolat, cu diametru de cîţiva milimetri, inclavat în piele, mobil pe cartilagiul subiacent, sau făcînd corp comun cu el. De consistenţă fermă, prezintă în centrul său o formaţiune keratozică, care detaşată lasă să se vadă o mică depresiune ulceroasă. Baza formaţiunii este înconjurată de o discretă areolă inflamatorie. Este foarte dureroasă la presiune şi provoacă insomnii bolnavilor. Tratamentul foloseşte zăpada carbonică, electrocoagularea şi excizia chirurgicală.

Chiste mucoide sau **chiste sinoviale ale degetelor** se întîlnesc aproape de articulaţiile interfalangiene distale; ele simulează verucile, dar au un centru transparent sau gălbui, sînt pseudo-fluctuente, au areolă inflamatorie şi prin înţepare se scurge un lichid vîscos, clar, uneori granulos. Radioterapia este eficientă.

Angioame (hemangioame) sînt tumori vasculare benigne, de origine congenitală, cu transmitere dominantă. Sînt de mai multe feluri:

— *angiom plan* este o pată roză, roşie vie sau violacee, cu suprafaţa netedă, neinfiltrată. El poate fi localizat median sau în regiunea cefei, ştergîndu-se în mod obişnuit în primele luni de viaţă. Angiomul localizat la ceafă, mai frecvent la femei, are mai rar tendinţa la dispariţia, fiind considerat că ar favoriza localizarea parakeratozelor şi neurodermitelor. Alteori se localizează lateral, cu predilecţie pe faţă, persistînd indefinit;

— *angioame tuberoase şi subcutanate* apar de la naştere şi mai puţin de 1% după a treia lună, excepţional la vîrsta adultă. *Angioamele tuberoase* sînt formaţiuni reliefate, roşii sau roş-albăstrui, elastice sau ferme, uşor depresibile, întîlnite sub formă de noduli sau plăci, bine delimitate. Uneori pot avea o suprafaţă neregulată, cu aspect de mură sau grăunţi de coacăză, de placard mamelonat cu proeminenţe de volum inegal. *Angioamele subcutanate* apar ca mase profunde, voluminoase care deformează considerabil regiunea în care sînt localizate. Pielea are o culoare normală, uşor albăstruie sau cianotică. Frecvent angiomul tuberos se însoţeşte de la început sau secundar de angiom subcutanat reali-

Scanned with OKEN Scanner

zînd angiomul mixt. Angioamele tuberoase și subcutanate pot fi întîlnite la lobulul nasului (angiom Cyrano), buza superioară (angiom tapir), endobucal (pe mucoasa jugală și gingii), pielea capului, pe degete și mîini. Evoluția lor este imprevizibilă; progresează mai mult sau mai puțin rapid, alteori regresează spontan;

— *angioame stelare* apar rar de la naștere, mai adesea în adolescență, vîrsta adultă, sub forma unor puncte roșii vii, ușor reliefate, de unde pornește o arborizație de fine vase șerpuitoare. Se localizează pe față, mai ales în partea superioară, pe nas și sînt în număr redus (1—3 elemente);

— *steluțe vasculare* reproduc întocmai aspectul clinic și histologic al angioamelor stelare, dar sînt totdeauna dobîndite apărînd la adult, în număr de 3—10 elemente pe față, gît, fața anterioară a toracelui, pe mîini. Cînd se dispun pe mucoase pot fi cauza unor hemoragii grave. Apar la hepatici, cirotici, gravide, sclerodermie de sistem.

Tratamentul se face cu buckyterapie și betaterapie (cu fosfor radioactiv (P, 32), stronțiu radioactiv (Sn, 90), și ytriu (Y, 90) în angioamele plane; crioterapie sau radioterapie cu Chaoul în angioamele tuberoase; electrocoagulare punctată fină în angioame și steluțe vasculare.

Angiom cu evoluție supracută, foarte rar, apare la sugari, are o evoluție rapidă producînd hemoragii sau îmbrăcînd aspectul unei hemangiopatii maligne.

Angiom superficial extensif ulceromutilant al noului-născut debutează la naștere ca un angiom plan banal, în regiunea cervicofacială, care se extinde rapid, ulcerează și se acoperă de cruste negre. Starea generală se alterează, apare febră, dispnee, prognosticul fiind grav. Tratamentul se face asociind radioterapiei, antibiotice, cortizon și polivitamine.

Angiom gigant al sugarului cu trombopenie apare la naștere sau imediat după naștere, pe membrele inferioare, sub forma unei mase subcutanate importante, cu deformarea regiunii, de culoare roșie-violacee, uneori aspectul seamănă cu o colecție purulentă, îndemnînd la practicarea unei incizii. Hemograma arată o trombopenie foarte accentuată (sub 30 000 de plachete pe mm^3), ușoară anemie. Apar hemoragii în sînul angiomului, sîngerări ale mucoasei bucale, hemoragii digestive, care determină un prognostic grav ducînd la exitus. Tratamentul se face de urgență cu transfuzii sangvine, radioterapie, corticoterapie, intervenția chirurgicală indicîndu-se — din cauza accidentelor hemoragice — numai după eșecul celorlalte metode terapeutice.

Scanned with OKEN Scanner

Angiomatoza Rendu-Osler este o afecțiune ereditară, cu transmitere în dominanță, cu debut în copilărie prin gingivoragii și epistaxis repetat, apoi la pubertate apar telangiectazii cutaneo-mucoase pe față, mîini, limbă și buze. Uneori telangiectaziile pot realiza aspect de angioame stelare, cu centru voluminos. Leziunile descrise — angioame, telangiectazii —, la care se adaugă anevrisme arteriale și arterio-venoase, pot fi observate pe tubul digestiv, rinichi, vezică, vertebre, meninge. În general, afecțiunea este compatibilă cu viața, dar hemoragii repetate produc anemii și acestea pot antrena tulburări grave, chiar mortale. Tratamentul trebuie să combată anemiile prin medicație antianemică, vitaminoterapie (K, C, P, B_1), electrocoagulare fină a telangiectaziilor.

Angiokeratoame sînt angiectazii, roșii sau albăstrui închis a căror suprafață sînt mai mult sau mai puțin hiperkeratozice;

— *angiokeratomul Mibelli* este caracterizat prin elemente angiokeratozice localizate pe dosul degetelor, la mîini și picioare, procesul keratozic sau chiar verucos acoperind în parte sau în totalitate angiectaziile roșii întunecate. Se citează cazuri care au evoluat paralel cu alte tulburări vasculare și posibilitatea de a dispare spontan cu vîrsta. Tratamentul se face prin electrocoagulare;

— *angiokeratoame ale scrotului* sînt formațiuni rotunde, cu diametru de 1—5 mm, dispuse pe capilare și venule dilatate;

— *angiom serpiginos Hutchinson* apare în copilărie, cu predominență la sexul feminin, sub formă de leziuni foarte mici, puțin reliefate, keratozice, foarte frecvent descriind imagini anulare.

— *angiokeratoză diluză Fabry*, afecțiune rară, ereditară recesivă interesînd exclusiv bărbații, transmițîndu-se prin femei, este caracterizată prin leziuni papuloase și nodulare purpurice keratozice, care apar între 6—18 ani, cu dispoziție în chiloți de baie (slip). Erupția este precedată de parestezii ale mîinilor și picioarelor, parestezii care dispar în adolescență. Afectarea renală domină prognosticul: proteinurie, hematurie microscopică, edeme ale membrelor inferioare. Evoluția duce adesea, între 30—50 ani, la un tablou terminal de uremie, hipertensiune malignă sau tromboză coronariană.

Angiomatoză encefalotrigeminală (sindrom Sturge-Weber-Krabbe). Apare la naștere sub forma unui angiom plan, roșu-violaceu în teritoriul primei și celei de-a doua ramuri a trigemenului, pe frunte, pleoapa superioară, obraz, aripa nasului, buza superioară și pielea capului. Se asociază o asimetrie craniofacială, manifestări neurologice (crize jacksoniene, hemiplegie, epilepsie); imaginile ra-

diologice intracraniene pot reliefa focare de calcificări multiple, iar encefalografia fracționată arată adesea atrofie corticală cu dilatație ventriculară. Prognosticul este în funcție de leziunile cerebrale și de malformațiile asociate.

Angioame ale tubului digestiv. (Blue rubber bleb naevus). Se caracterizează prin formațiuni vasculare albăstrui-violet grupate într-un anumit teritoriu cutanat, ușor reliefate din planul pielii, de obicei nedureroase, respectînd buzele și mucoasa bucală, asociate cu hemangioame ale mucoasei intestinale și stomacului, care produc hemoragii neevidențiate decît prin anemie hipocromă, cîteodată gravă și mortală.

Angiodisplazii osteodistrofice (sindrom Klippel-Trénaunay și Parkes Weber). Sînt angiodisplazii osteo-hipertrofice constituite dintr-o triadă simptomatică: angioame, hipertrofie a țesuturilor moi și scheletului, displazii vasculare, care există de la naștere sau apar succesiv în copilărie. Considerată drept congenitală, fără caracter familial, se localizează totdeauna la un membru inferior și rămîne unilaterală.

Sindromul Klippel-Trénaunay este considerat de unii ca fiind de origine strict venoasă, obstacolul pe circulația de întoarcere fiind dat de agenezia unui trunchi mare venos sau mai adesea unei compresiuni (bridă fibro-vasculară). Hipertensiunea venoasă și staza provoacă secundar varice superficiale și hipertrofia părților moi și a scheletului.

Sindromul Parkes Weber este constituit din leziuni arteriale asociate sau nu leziunilor venoase. Angiografiile relevă comunicații arterio-venoase, anevrisme arteriale, participarea arterială făcînd prognosticul mai sever.

Tratamentul acestor angiodisplazii nu este decît chirurgical, dar din păcate se adresează unui număr limitat de bolnavi.

Angiochondromatoza Maffucci. Sindromul rezultă din coexistența unei discondroplazii cu angiomatoză. Angioamele plane sau tuberoase survin după condroame, la extremitățile membrelor; la mîini localizarea electivă a condroamelor și angioamelor produc un aspect evocator; unul sau mai multe degete se deformează luînd înfățișare de caltaboș. Condroamele nu corespund ca topografie cu angiectaziile, dispunîndu-se mai ales pe metacarp, carp, metatars și falange, unde se dezvoltă pe cartilajele de conjugare determinînd o oprire a creșterii cu scurtarea membrului. S-au semnalat asocieri de limfangioame, angioame ale mucoaselor, tubului digestiv, mediastinale, cerebrale. Evoluția este în general lentă, progresivă du-

Scanned with OKEN Scanner

cînd la deformații monstruoase, care necesită amputații, iar prognosticul este rezervat dată fiind posibilitatea transformării sarcomatoase. Tratamentul este ortopedic.

Limfangioame. Sînt malformații congenitale circumscrise, care se împart în superficiale, profunde și limfangioame difuze:

— *limfangioame superficiale,* alcătuite din plăci cu pseudovezicule din care, prin înțepare, curge un lichid clar (limfa), se localizează în orice punct al tegumentului, dar mai ales la gît, membre și scrot. Pseudo veziculele sînt de mărimea unor gămălii de ac pînă la cea a unui bob de mazăre, sînt clare, translucide, apar la vîrstă tînără și persistă indefinit;

— *limfangioame profunde dermohipodermice,* tumori de mărimi moderate, reliefate și globuloase sau numai palpabile, de culoare normală sau roz, adesea netedă, cîteodată îngroșată sau keratozică, de consistență fermă, elastică sau moale, depresibilă, este de obicei congenitală și se localizează oriunde, dar mai ales pe limbă și gît;

— *limfangiom difuz elefantiazic (pachidermie limfangiectazică),* de obicei congenital, interesează mai ales un membru în totalitate, un teritoriu al feței sau gurii, organele genitale, sub forma unui edem considerabil, de consistență păstoasă, uneori reductibil. Pielea mult îngroșată se acoperă de verucozități, ulcerații.

Tratamentul se face prin electrocoagulare în limfangioamele superficiale și chirurgical în celelalte.

Scanned with OKEN Scanner

DERMATOZE PRECANCEROASE

Sînt foarte variate ca aspect, care în cursul evoluției, după o perioadă de timp, se pot transforma în cancere epiteliale. Din multiplele clasificări existente, o redăm pe cea etiopatogenică, care împarte dermatozele precanceroase în :

I. Dermatoze precanceroase provocate de agenți fizici

Keratozele senile sau keratoame senile descrise în capitolul dermatozelor cu vegetații.

Boala marinarilor îmbracă același aspect și evoluție ca și keratozele senile, cu mențiunea că ea survine la tineri navigatori, țărani, expuși permanent la intemperii și raze solare.

Xeroderma pigmentosum — descrisă la dermatoze atrofice.

Cheilita keratozică actinică cronică a buzei inferioare apare la pescari, agricultori supuși acțiunii prelungite a razelor solare, pe semimucoasa buzei inferioare, sub forma unei inflamații cronice, însoțită de îngroșare keratozică, descuamație, fisuri superficiale sîngerînde, cruste gălbui-brune. După un anumit timp, în partea laterală a buzei se formează un nodul, care ulcerează, marcînd transformarea în epiteliom.

Radio și radiumdermitele — descrise la dermatoze erozive și ulceroase.

II. Dermatoze precanceroase provocate de agenți chimici

Keratozele de gudron apar la acțiunea produșilor rezultați din distilarea huilei (cancerul scrotal al asfaltatorilor) sau din rafinarea petrolului brut (la muncitorii petroliști, din industria hîrtiei gudronate, de impregnare a traverselor), sub forma unei piele uscate, pigmentate , cu leziuni keratozice perifoliculare, verucozități, cu localizare pe mîini, gambe și scrot.

Keratozele arsenicale mai rar întîlnite astăzi, survin la muncitorii din sectoarele pălăriilor, hîrtiei, insecticidelor, sub forma de placarde eritemato-keratozice, care se exulcerează transformîndu-se în epitelioame spinocelulare.

Scanned with OKEN Scanner

III. Dermatoze precanceroase provocate de iritații cronice

Leucoplazia se caracterizează prin plăci albe, sidefii, bine delimitate, neregulate, cu suprafața netedă, localizată mai ales în partea anterioară a mucoasei jugale, sub forma unui triunghi, cu punct de plecare din unghiul comisural. Se mai poate întîlni pe limbă, buze, vulvă, gland. Procesul keratozic acoperă toată suprafața leziunii, neexistînd insule de mucoasă roză în masa albă, ca în lichen. Leucoplazia poate să descuameze, să devină hiperkeratozică, verucoasă. Histopatologic se notează prezența straturilor cornos și granulos, care în mod normal lipsesc și infiltrat dermic de celule rotunde. Leucoplazia este provocată de iritații cronice (tutun, proteze, carii dentare, curenți electrogalvanici), infecție sifilitică. Îndurarea, erodarea, ulcerarea leucoplaziei anunță un epiteliom spinocelular. Tratamentul recomandă suprimarea iritațiilor, electrocoagulare, crioterapie, Chaoul.

IV. Dermatoze precanceroase de origine congenitală.

Nevii sînt displazii cutanate circumscrise de origine embrionară, observați rar la naștere, care apar în primele zile sau ani (nevi precoci), sau la vîrsta adultă (nevi tardivi), cu evoluție lentă și în general benignă. Nevii după structura lor histologică se împart în: *nevi nevocelulari* caracterizați prin proliferare de celule nevice Unna susceptibili de a degenera în melanoame maligne și *nevi ne nevocelulari (nevi simpli),* care nu conțin celule nevice Unna și exclud riscul transformării în melanom malign.

Aspecte clinice

Lentigo, grăunți de frumusețe, este o pată mică, rotundă, plană sau ușor reliefată, de culoare brună, negricioasă, de obicei mai multe la număr, localizate în orice teritoriu cutanat, fără nici un fel de ordine.

Lentiginoză periorificială cu polipoză (Sindrom Peutz-Jeghers) asociază lentiginoza, apărută mai ales pe semimucoasa buzelor, în jurul narinelor și ochilor cu polipoză a intestinului subțire recunoscută uneori destul de tardiv la vîrsta adultă. Afecțiunea are caracter ereditar, transmiterea făcîndu-se în dominanță nelegată de sex. Într-un anumit număr de cazuri se produce degenerescență malignă a polipozei.

Maladie Sutton este constituită din nevi lenticulari pigmentați înconjurați de un halou acromic bine delimitat, care apar în a doua copilărie sau la vîrsta adultă; sînt multipli și se localizează pe toracele posterior, gît și în evoluția lor au perioade de extensie, stabilitate și de regresiune.

Scanned with OKEN Scanner

Nevii tuberoşi, rari la copil, apar obişnuit la adulţi, unici sau multipli, se localizează mai ales pe faţă, sub forma unor ridicături, de mărimea unor boabe de mazăre, uneori mai mari, de culoare alb-roz sau gălbui, avînd uneori cîteva puncte pigmentate. Au suprafaţa netedă, consistenţă renitentă şi sînt adesea piloşi. Sînt nevi dermici şi degenerescenţa lor este excepţională.

Nevii pigmentari de culoare brună sau neagră sînt susceptibili de transformare malignă, mai ales cînd proliferarea nevocelulară afectează zona de joncţiune dermoepidermică. Nevii acromici care au aceeaşi structură histologică au aceeaşi posibilitate de degenerescenţă. Nevii pigmentari există de la naştere, pot apare şi pe parcursul vieţii, se localizează în orice teritoriu cutanat, în număr variabil. Ei sînt de mai multe feluri :

— *nevi lenticulari* sînt plani sau reliefaţi, cu abundenţă de celule nevice în imagini histologice ;

— *nevi molusciformi,* sînt o varietate de nev lenticular, reliefat, de volum mare, pigmentat, separat printr-un şanţ, care îi strînge baza. Suprafaţa sa este mamelonată, muriformă, rar verucoasă ;

— *nev în placard* apare ca o pată brună sau neagră de cîţiva centimetrii în diametru, cu suprafaţa netedă sau mamelonată, acoperită adesea de fire de păr ;

— *nev în masă, gigant* este o distrofie monstroasă apărută la naştere, sub forma unui placard întins, de culoare brun închis, punctat cu pete negre, cu suprafaţa neregulată, verucoasă şi vegetantă în unele teritorii. Degenerescenţa acestor nevi în masă este considerată ca foarte rară.

Evoluţia nevilor pigmentari este în majoritatea cazurilor benignă ; ei sînt susceptibili de a degenera în melanoame maligne. Nevii piloşi nu degenerează practic niciodată. Transformarea malignă este excepţională înainte de pubertate, în afară de melanoamele maligne foarte precoce.

La originea cancerizării se găsesc o serie de factori favorizanţi : traumatismele accidentale şi terapeutice, iritaţiile repetate (grataj, frecătura vestmintelor). Transformarea malignă trebuie suspectată cînd un nev creşte brusc, culoarea lui devine mai închisă, se înconjoară de un halou eritematos, se infiltrează în profunzime, devine dureros, sîngerează sau ulcerează, aceste două semne din urmă constituind deja prezenţa unui melanom malign.

Indicaţiile unui tratament de îndepărtarea nevilor pot fi de ordin profilactic, pentru a preveni apariţia unui melanom malign sau în scop estetic, perioada optimală situîndu-se înainte de pu-

Scanned with OKEN Scanner

bertate. Trebuie combătută concepția că trebuie suprimați toți nevii sub pretextul unei posibile transformări. Electrocoagularea este metoda cea mai bună de tratament, făcîndu-se larg și profund, cu o margine de siguranță de 3—10 mm, fără anestezie locală sau regională.

Nevii albaștri, observați la naștere sau mai curînd la vîrsta adultă, sub forma unei leziuni unice, bine delimitate, lenticulare cu diametru de 3—8 mm, de culoare albastră închisă, se localizează pe față, pe dosul mîinilor; cel mai adesea nevul albastru este reliefat, de consistență fermă, cu suprafața netedă, mai rar numai sub forma unei pete. Culoarea albastră este datorită localizării profunde a pigmentului melanic, celulele proliferative încărcate de melanină fiind situate în zonele inferioare ale dermei și au un aspect fuziform, considerate ca melanocite fuziforme. Transformarea malignă este admisă cu rezerve, iar tratamentul se face prin electrocoagulare.

Petele mongolice sînt o varietate clinică și histologică a nevilor albaștrii, cu localizare în regiunea secrată, apăruți de la naștere, cu existență tranzitorie, dispărînd spre 3—7 ani. Semnalați la japonezi și mongoli, nu au însă nici o legătură cu mongolismul, pot fi întîlniți, rar, și la rasa albă.

Nevul Ota (fusco-caeruleus), mai frecvent la asiatici, dar întîlnit și la europeni, apare sub forma unei pete albăstrui, dispusă pe teritoriul trigemenului, periorbitar, cu interesarea în 50% a cazurilor a scleroticei. Structura histologică este asemănătoare nevilor albaștri și petelor mongolice; evoluția este stabilă, uneori extensivă fără să degenereze. Tratamentul se face cu doze mari de vitamină C pentru a atenua pigmentația și crioterapia.

Melanoză Dubreuilh reprezintă o varietate de nev nevo-celular joncțional, cu apariție tardivă, de obicei după 40 ani, mai ales la femei, localizat la față (frunte, tîmple, obraz), mai rar pe plantă sau fața dorsală a mîinilor, sub forma unui placard brun, cu puncte negricioase și cu zone acromice, cu suprafața netedă sau mamelonată, uneori keratozică; apariția de ulcerații crustoase ne orientează spre degenerescență malignă. Transformarea malignă ar surveni într-un procentaj mare, după unii de 100% din cazurile localizate la plante și mîini și 20% la cele dispuse pe față. Tratamentul se face prin electrocoagulare sau radioterapie. S-au citat cazuri de melanoză Dubreuilh care au dispărut după aplicații de vaselină salicilată 2%.

Melanomul Spitz, juvenil sau prepubertar, este un nev cu celule fuziforme, apărut înainte de pubertate, de obicei unic, pe față,

Scanned with OKEN Scanner

sub forma unei ridicături nodulare, rotunde sau ovalare, de mărimea unui bob de mazăre sau alune, de culoare roză sau gri, citeodată net pigmentat. Are suprafaţa netedă, rareori mamelonată, consistenţa fermă; la vitropresiune apare o culoare gălbuie pseudolupoidă sau de culoarea ardeziei. Acest melanom poate dispare sau se transformă, după pubertate, într-un nev banal. Tratamentul recomandă distrugerea prin electrocoagulare.

Nevii nevocelulari acromici sînt reprezentaţi de mici formaţiunii emisferice şi sesile, adesea piloase, diferenţiindu-se de nevii tuberoşi pigmentaţi doar prin culoarea albă, alb-roză, sau roz-violacee, structura histologică fiind asemănătoare. Din această cauză trebuie procedat cu aceeaşi prudenţă ca şi în nevii pigmentari, cu toate că aceşti nevi nu degenerează decît excepţional, iar cei pilоşi niciodată.

Există şi *nevi acromici, plani sau nodulari,* de talie mică, cu activitate joncţională, susceptibili de degenerare, localizaţi mai ales pe plante, mîini, organe genitale.

Nevii ne nevo-celulari (nevi simpli) sînt distrofii cutanate circumscrise, adesea congenitale, care nu conţin celule nevice Unna şi în care riscul de transformare în melanom malign este exclus.

Nevi verucoşi, nevi epidermici hiperkeratozici, sînt formaţiuni de întindere variabilă, cu suprafaţa acoperită de vegetaţii keratozice, gri, uscate, dure, separate de şanţuri. La membre nevii verucoşi iau adesea un aspect în strii sau în benzi (*nev liniar sau nev zoniform).* Nevii aceştia apar în prima copilărie sau există de la naştere staţionari toată viaţa.

Nev epidermic verucos inflamator liniar, dermatoză descrisă recent, apare la sexul feminin, de la naştere sau în primele şase luni, sau în a doua copilărie, localizată pe coapsă sau fese, liniar sau grupate în benzi late, sub formă de elemente eritematoase, uşor reliefate, discret scuamoase, psoriaziforme şi pruriginoase. Persistă indefinit, imaginea histologică este puţin specifică, iar tratamentul puţin eficient constînd din crioterapie, corticoterapie locală, acid retinoic local.

Nevi sebacei, nefamiliali, apar la naştere sau mai tîrziu, localizaţi aproape exclusiv pe cap, sub forma unei mici plăci, cu contur neregulat, uneori alungită în bandeletă, de culoare gălbuie pseudo-xantomatoasă; este netedă, uşor reliefată, alteori boselată, fermă sau păstoasă, mobilă pe planuri subiacente. Obişnuit suprafaţa este formată din mici noduli grupaţi şi separaţi de şanţuri superficiale şi citeodată presărată de orificii glandulare dilatate. Placa este alopecică, acoperită uneori de scuamo-cruste sau un de-

Scanned with OKEN Scanner

pozit verucos. Se poate transforma în epiteliom basocelular, de aceea este preferabil de a se interveni prin electrocoagulare sau ablație chirurgicală înainte de vîrsta adultă.

Nevi comedonieni apar sub forma unor zone sau benzi, în care se găsesc grupate comedoane mari, negre, inserate sau proeminente, pielea dintre aceste comedoane fiind normală sau pigmentată presărată cu grăunți de milium, cicatrice, kiste foliculare supurate.

Nevomatoză bazocelulară, genodermatoză, cu transmitere dominantă autosomică, interesînd ambele sexe, apare înainte de 40 ani, mai ales în jurul vîrstei de 5 ani, pe față, sub forma unor ridicături mici, rotunde, de culoarea pielii, translucide, uneori roze sau pigmentate; sînt în număr de zeci și chiar sute, unele ombilicate. Mai rar se întîlnesc dispuse pe ceafă, trunchi și alte părți tegumentare. Structura histologică este apropiată de cea a epiteliomului bazocelular. Se pot transforma în epitelioame bazocelulare, motiv pentru care se recomandă eleectrocoagularea sau extirparea chirurgicală a elementelor mai mari.

Nevi lipomatoși pot fi *superficiali*, caracterizați prin mai multe leziuni papulonodulare, grupate în regiunea fesieră, unilateral, cu aspect cerebriform, de culoare normală sau galben palid, apăruți în primii 20 ani de viață, mai ales la sexul feminin; *nevul lipomatos polidistrofic* asociază la nevi lipomatoși sau angiolipomatoși alte distrofii: malformații osoase (sindactilii, absența unui deget), maladie Recklinghausen etc.; *nevul lipomatis nodular solitar* este o mică tumoră unică, fermă, care apare la adult, pe cap, braț.

Neurofibromatoză Recklinghausen, afecțiune ereditară, cu transmitere dominantă, citeodată recesivă, este constituită din pete pigmentare, tumori cutanate și subcutanate; apare uneori la naștere, obișnuit în copilărie, petele pigmentare precedînd tumorile. Tumorile cutanate sînt fibroame moluscum, de diferite mărimi, sesile sau pediculate, de culoarea pielii, roze sau mai închise. Majoritatea formațiunilor sînt flasce, ca golite de conținut sub o piele ridată. Tumorile profunde, subcutanate sau sub aponevrotice trebuie căutate prin palpare pe fața internă a brațelor sau fața anterioară a antebrațelor; sînt noduli rotunzi sau fuziformi bine delimitați, de mărimea unor boabe de mazăre-cireașă, fiind de origine nervoasă, dispuse de-a lungul unui traiect nervos. Nervii periferici se găsesc la originea tumorilor cutanate descrise; pot exista neurinoame pe trunchiurile mari nervoase (sciatic); nervii cranieni pot fi sediul unor neurinoame; un deficit intelectual poate fi întîlnit cu per-

Scanned with OKEN Scanner

turbări ale traseelor electroencefalografice. Manifestări viscerale pot fi depistate prin examinări radiologice toracice și digestive (neurinoame mediastinale, tumori digestive cu hematemeză, melenă și tablou de ulcer sau de cancer). Evoluția în general este benignă, formele grave fiind relativ rare, transformarea malignă survenind în 5—20% din cazuri, după autori, la tumorile subcutanate mai voluminoase. Tratamentul indică ablația precoce și largă a tumorilor mari.

V. Dermatoze precanceroase de cauze neprecizate

1. **Maladia Paget,** întîlnită exclusiv aproape la femei la menopauză, apare la mamelon prin cîteva cruste sau vegetații cornoase, aderente, uscate sau ușor zemuinde, sau sub forma unei eroziuni, leziuni care în cîteva luni se transformă într-un placard roșu eczematiform, ce cuprinde areola mamară și o depășește. Se deosebește de eczemă prin: contur bine delimitat, fără elemente izolate în vecinătate, existența unui burelet periferic, ușor reliefat, printr-o coloratie roșie vie, suprafața ușor papilomatoasă, sîngerare ușoară, fină indurație, retracția mamelonului, care este un semn tardiv de mare valoare, unilateralitatea leziunilor și evoluție cronică. Afecțiunea evoluează curînd sau mai tardiv spre un cancer profund al glandei mamare, relevat prin palpare, mamografie sau xerografie și termografie, cu apariția de metastaze ganglionare și viscerale. Tratamentul indicat este extirparea totală a mamelei (Haldstädt) cu evidare a ganglionilor regionali.

Există cazuri de maladie Paget extramamară: maladia Paget vulvară, perianală, inghino-pubiană. În aceste cazuri existența unui cancer profund este ipotetică, iar tratamentul se face prin electrocoagulare sau exereză în masă.

2. **Maladia Bowen,** afecțiune rară, cu localizare pe tegument sau mucoasele genitală și bucală, apare la adulții tineri sau bătrîni. Pe tegument este compusă din plăci discoide, infiltrate, plane sau reliefate, lenticulare sau în placarde cu margini curbe de culoare roză; suprafața uneori deprimată în centru, neregulată papilomatoasă, este acoperită de scuamocruste sau verucozități. Se mai pot întîlni leziuni de aspect psoriaziform, eczematiform. Leziunile descrise pot rămîne staționare cîtva timp, apoi brusc se ulcerează, devin vegetante marcînd trecerea spre un cancer ulcerovegetant de tip spinocelular, cu propagare rapidă la ganglioni și viscere.

Localizarea maladiei Bowen pe mucoase realizează *eritroplazia Queyrat*, exprimată printr-o placă roșie, rotundă sau eliptică,

Scanned with OKEN Scanner

unică, bine delimitată, netedă, lucioasă, catifelată, cu localizare pe gland, teaca internă a prepuțului, labiile mari și mici. Erodarea, ulcerarea leziunii traduce transformarea în epiteliom spinocelular.

Tratamentul maladiei Bowen se face prin electrocoagulare radio sau radiumterapie.

Dermatozele precanceroase din acest ultim capitol, adică maladiile Paget și Bowen sînt considerate astăzi adevărate cancere cutanate și sînt autori care le încadrează în tumori maligne de origine epitelială.

Scanned with OKEN Scanner

TUMORI CUTANATE MALIGNE

Se clasifică din punct de vedere histopatologic în tumori epiteliale, mezenchimatoase și ale sistemului pigmentar.

Epitelioamele se împart în epitelioame bazocelulare și spinocelulare.

EPITELIOAME BAZOCELULARE. Sînt cele mai frecvente tumori maligne, caracterizate prin evoluție aproape întotdeauna lentă și malignitate strict locală.

Termenul de bazocelular derivă de la structura epiteliomului, care este asemănătoare cu a stratului bazal epidermic și nu se referă la punctul de plecare. Epitelioamele bazocelulare se localizează obișnuit la față, mai ales pe nas, regiunile temporale, obraji, frunte, de obicei după vîrsta de 50 de ani. Debutul se face insidios, mult mai rar decît în epiteliomul spinocelular, pe o leziune preexistentă, sub forma unei mici leziuni eritematoscuamoase sau hiperkeratozice, adesea erodată și ușor sîngerîndă, fie ca o mică eroziune sau sub forma unor mici grăunți reliefați de mărimea unor gămălii de ac, de consistență fermă (perle epiteliomatoase). După o evoluție de mai multe luni sau mai mulți ani epiteliomul bazocelular îmbracă una din formele clinice următoare:

— *epiteliom plan cicatriceal (epiteliom perlat),* forma clinică cea mai frecventă, este reprezentat de o placă rotundă sau ovalară, plană, acoperită de scuame aderente a căror detașare produce sîngerare, de mici escoriații și mici cruste. La periferie se găsesc perle epiteliomatoase, ferme, translucide, netede sau puțin keratozice. Prin extindere periferică și apariție de zone atrofo-cicatriceale în centrul plăcii, urmare a evoluției progresive lente, se realizează uneori placarde cu dimensiuni mari;

— *epiteliom bazocelular ulceros (ulcus rodens),* dispus ca și precedentul pe față și pielea capului, apare ulceros de la început, cu toate că uneori debutează prin perle epiteliomatoase. Ulcera-

Scanned with OKEN Scanner

ţia, de cele mai multe ori unică, este roşie, cîteodată necrotică, cu baza infiltrată, cu margini tăiate drept, adesea sub formă de burelet, dur, mamelonat, uneori perlat. Ulceraţiile devin uneori extensive, invadează ţesuturile moi subiacente, filetele nervoase, cartilajele şi pot chiar distruge osul şi ochiul (*epiteliom terebrant*), iar distrugerea vaselor hemoragii.

— *epiteliom bazocelular vegetant*, asemănător epiteliomului spinocelular, se caracterizează prin formaţiuni rotunde, vegetante, papilomatoase, uneori ulcerate şi sîngerînd uşor. Apare pe tegument sănătos sau pe leziuni de epiteliom plan cicatriceal şi numai biopsia ne poate afirma natura bazocelulară;

— *epiteliom bazocelular nodular, globulos* se caracterizează prin noduli, de mărimea unor boabe de mazăre, de culoare gălbuie, sau alb-roză, translucizi, cu suprafaţa netedă, presărată de telangiectazii; de consistenţă cartilaginoasă, se ramoleşte total sau parţial, cu formarea unui lichid gălbui, siropos, determinînd un epiteliom pseudo-chistic, care se reface după golirea conţinutului; mai rar se ulcerează luînd aspect de epiteliom ulceros;

— *epiteliom bazocelular superficial*, cu dezvoltare lentă în suprafaţă, fără tendinţă de infiltrare în profunzime, apare ca o placă eritematoasă, sau eritemato-scuamoasă, bine delimitată, mică, rotundă, dispusă pe faţă şi trunchi (*epiteliom eritematos*) sau îmbracă aspectul de *epiteliom pagetoid* în care placa eritematoasă, bine delimitată, este acoperită de scuame şi crustişoare şi este mărginită de un tiv filiform sau un şirag de perle. Acest epiteliom pagetoid se localizează aproape întotdeauna pe trunchi sau abdomen şi aspectul clinic seamănă cu o maladie Bowen sau Paget;

— *epiteliom sclerodermiform*, varietate rară, caracterizată prin intensitatea sclerozei dermice, apare sub forma unei plăci gălbui-albicioase, cu aspect de morfee, localizată în regiunea nasogeniană, obraji şi tîmple; placa este unică şi diagnosticul este uşurat în prezenţa a cîtorva perle epiteliomatoase sau a unui tiv filiform. Este una din formele cele mai benigne de epiteliom bazocelular;

— *epiteliom bazocelular pigmentat*, seamănă cu un melanom, din cauza pigmentului prezent în ţesutul neoplazic şi se traduce prin mici puncte sau pete gri, albăstrui sau negre, dispersate pe perle epiteliomatoase, pe vegetaţii, pe bureletul plăcilor sau ulceraţiilor, fie chiar pe suprafaţa unor zone atrofo-cicatriceale.

EPITELIOAME SPINOCELULARE. Spre deosebire de cele bazocelulare, sînt mai uniforme sub aspect clinic, au evoluţie mai rapidă, o mare putere invadantă în suprafaţă şi profunzime şi produc

metastaze ganglionare și mai rar viscerale. Epitelioamele spinocelulare reprezintă 20—40% dintre epitelioamele cutanate, interesează vîrsta mai înaintată, se localizează predilect pe mucoase unde au evoluție gravă, pe piele, pe față, urechi, membre, gît, trunchi, organele genitale. Apar pe piele aparent normală sau pe leziuni preexistente; keratoză senilă, radiodermite, cicatrice vechi de arsură, ulcere cronice de gambă, lupus tuberculos, cheilită keratozică, leucoplazie. Debutul cel mai adesea se face pe keratoză senilă, pe față sau pe dosul mîinilor. Cînd apare primitiv aspectul este al unei plăci verucoase, gri-negricioase, asemănător cu keratoză senilă și autorii moderni nu mai acceptă aspectul de „papilom cornos" ca formă inițială de epiteliom spinocelular. În anumite cazuri keratoza este așa de pronunțată că se formează un adevărat *corn cutanat*, care se încurbează luînd forma de corn de berbec. La tineri cornul cutanat nu este totdeauna un epiteliom, dar trebuie să suspectăm evoluția canceroasă. Existența unei baze globuloase, uneori sîngerînde sînt indicii clinice de epiteliom.

Transformarea epiteliomatoasă a unei keratoze inițiale sau a unei keratoze senile se evidențiază prin aspect mamelonat, burjonare în suprafață, infiltrarea în profunzime, erodare sau ulcerare cu ușoară sîngerare. Clinic distingem următoarele forme:

— *epiteliom ulcero-vegetant*, tumoră reliefată, voluminoasă, infiltrantă, burjonantă, cu suprafața neregulată și ulcerată. Tumora are o bază infiltrată care depășește limitele vizibile ale leziunii. Ulcerația are fundul neregulat, vegetant, sîngerînd și marginile indurate. Pe ulcerație se găsesc puncte mici albicioase, din care la compresiune apar mici mase cazeiforme, ca din comedoane (sînt celule epiteliale neoplazice keratinizate);

— *epiteliom papilar* care poate apare sub forma unui nodul roșu, de mărimea unei cireșe, dur, avînd pe suprafața sa cruste negricioase foarte aderente, care detașate provoacă mici hemoragii; pe leziuni inflamatorii cronice (arsuri, ulcer de gambă, lupus tuberculos) ia o formă vegetantă, condilomatoasă care sfîrșește prin a se ulcera, luînd apoi aspectul de epiteliom ulcerovegetant.

Epitelioamele mucoaselor și cele localizate la urechi sînt cele mai grave; infecțiile secundare sînt frecvente în epitelioamele ulceroase și vegetante.

În vederea aplicării unui tratament cît mai adecvat s-au efectuat diferite clasificări, din care redăm una; grupa I — bolnavi cu leziuni superficiale care nu depășesc 2 cm; grupa a II-a — bolnavi cu leziuni mai profunde și care depășesc 2 cm; grupa a III-a — bol-

Scanned with OKEN Scanner

navi cu leziuni mari și metastaze ganglionare și grupa a IV-a — bolnavi cu tumori invadante și destructive.

Numeroase epitelioame viscerale pot determina metastaze cutanate prin propagare din aproape în aproape, migrare pe cale canaliculară sau la distanță pe cale sangvină sau limfatică. Aceste metastaze cutanate la distanță sînt cele mai frecvente. Aspectul clinic cel mai evocator este realizat de mici noduli duri, în alice de plumb, nedureroși, multipli, acoperiți de tegument normal sau roz; ei pot crește în volum, aderă la planurile superficiale, iau o tentă roșie-violacee, devin reliefați și pot ulcera secundar. Metastazele cutanate apar mai ales pe cap, gît, torace anterior și abdomen.

Tratamentul epitelioamelor se face prin electrocoagulare, ablație chirurgicală, care cîștigă din ce în ce mai mulți partizani, radioterapie superficială, de contact (Chaoul), curieterapie, electronoterapie de înaltă energie, laser, chimioterapie locală și generală; alegerea tratamentului se face de specialiști în funcție de tipul histologic, localizarea, întinderea și profunzimea epiteliomului.

SARCOAME CUTANATE. Tumori maligne, de origină conjunctivă, relativ rare, apărînd în orice regiune tegumentară, au evoluție uneori spre distrugeri importante de țesuturi, producînd metastaze pe cale sangvină. Se cunosc mai multe clasificări, nici una satisfăcătoare. Se împart astfel:

1. **Sarcoame ale țesutului conjunctiv și derivaților săi:** sarcoame ale țesutului conjunctiv comun cu variantele: fibrosarcom, histiocitosarcom, mixosarcom, sarcom mezenchimatos primitiv, dermatofibrosarcom Darier Ferrand.

2. **Sarcoame ale țesutului hemolimfopoetic,** în care intră limfosarcomul, reticulosarcomul și maladia Kaposi, sînt greu de diferențiat de reticuloze.

Sarcoamele pot fi clasificate în *sarcoame primitive* ale pielii și *sarcoame secundare* (sarcoamelor viscerale, ganglionare, osoase). Cele primitive pot fi *solitare,* caracterizate prin noduli dermici, care se măresc dînd naștere unei tumori cît un pumn de adult, de culoare roșie-violacee, albăstruie, care ulcerează central ca apoi să cuprindă toată tumora și invadează țesuturile din jur (musculatură, oase), producînd metastaze ganglionare precoce și uneori chiar metastaze viscerale; *sarcoame generalizate* cu prezența de noduli diseminați, violacei, duri, care devin tumorali mari, cît o mandarină, ulcerează, starea generală se alterează, cu febră și diaree. După 2—3 ani apar metastaze viscerale și moartea survine prin caşexie.

Scanned with OKEN Scanner

Dermatofibrom Darier-Ferrand, sarcom al țesutului conjunctiv comun, localizat îndeosebi în plica inghinală, abdomen și regiunea periombilicală, debutează ca un nodul dur, lemnos, bine delimitat, roșu sau gălbui-brun, alteori sub forma unui placard, neregulat, boselat, reliefat; tumora pare încapsulată, se erodează la suprafață dar nu are caracter destructiv, avînd o malignitate locală, dar nu face metastaze ganglionare și nici viscerale.

Tratamentul sarcoamelor este chirurgical, chimioterapic prin citostatice și izotopi radioactivi. În dermatofibrom Darier-Ferrand se fac electrocoagulări repetate ale nodulilor și radioterapie.

MELANOM MALIGN. Tumoră malignă a sistemului pigmentar, rezultă în 80% de cazuri din transformarea malignă a unui nev pigmentar și numai în 20% melanomul este d'emblee, fără leziune preexistentă; reprezintă 2% din tumorile maligne, are preferință pentru sexul feminin 65% și pentru vîrsta în jur de 50 ani, fiind excepțional înainte de pubertate. Influență importantă par să aibă hormonii sexuali (perioada de activitate estrogenică), traumatismul și soarele asupra transformării nevilor nevo-celulari în melanoame. Transformarea malignă a unui nev, din nefericire, este imposibil de prevenit. De menționat că nevi nenevo-celulari nu se transformă niciodată în melanoame, dar epitelioamele care pot surveni pe unii dintre ei pot fi pigmentați.

Melanomul d'emblée este pentru unii autori tot atît de frecvent ca și melanomul apărut pe un nev preexistent, dacă nu chiar mai frecvent. Acesta este de cele mai multe ori o simplă pată pigmentată, apărută tardiv, la un subiect în etate, care se extinde relativ rapid, are margini neregulate, reproducînd mai mult sau mai puțin aspectul melanozei Dubreuilh. Uneori suprafața devine inegală, reliefată, mai indurată și cu o grămadă de mici elemente periferice. În alte cazuri melanomul d'emblée este o tumoră reliefată, uniform sau parțial pigmentată, după cum nu trebuie să uităm că pe plante pot apare melanoame d'emblée acromice.

Tumora melanică nodulară este tipul cel mai frecvent întîlnit; tumora nodulară, rotundă, emisferică, de culoare neagră, bine delimitată, sesilă, cu suprafața netedă; se erodează ușor, sîngerează spontan și se acoperă de cruste sangvinolene sau negricioase.

Pata melanică plană, rotundă sau ovalară, cu margini regulate, corespunde adesea unui nev vechi, care se mărește în suprafață, capătă o colorație mai închisă sau cîteva puncte negre apar pe suprafața sa brună. În aceste cazuri diagnosticul este mai dificil.

Scanned with OKEN Scanner

Melanom aparent metastatic d'emblée poate fi depistat întîmplător prin prezența unei adenopatii, care anunță transformarea malignă a unui nev, a cărui aspect nu pare neliniștitor, dar biopsia ganglionară evidențiază melanomul trecut neobservat. De asemenea metastaze viscerale, hepatice, cerebrale pot constitui primul semn clinic observat.

Se cunosc mai multe forme clinice de melanom: panariţiul melanic, melanom subunghial, melanom periunghial, melanomul mucoaselor care este rar; *melanomul acromic* apare aproape întodeauna d'emblée pe plantă, sub forma unui mic burjon sîngerînd, care erodează, sîngerează şi se acoperă de crustă simulînd un botriomicom, papilom sau porom ecrin. Apariţia unor pete pigmentare la periferie reprezintă un semn revelator al melanomului.

Melanomul malign al copilului este rar, deoarece nevii nu degenerează decît excepţional înainte de pubertate. Totuşi proporţia melanoamelor survenite pe nevi pigmentari giganţi congenitali, aşa-numiţi „în pelerină" sau „în slip", este destul de ridicată după unii autori, după alţii procentajul este mai scăzut.

Explorări fizice şi biologice pot contribui la stabilirea malignităţii tumorilor, fără ca ele să aibă o valoare absolută: termografia evidenţiază caracterul „cald" al majorităţii melanoamelor; radioizotopii, activitatea tirozinazică intensă a melanoamelor; dozarea beta-glicuronidazei arată creşteri în nevii degeneraţi; eliminarea urinară de 5-S-cisteinyldopa crescută permite afirmarea prezenţei de metastaze interne, în melanomul acromic eliminarea de 5-S-cisteyldopa nefiind modificată.

Melanomul este considerat ca cel mai grav cancer cutanat, antrenînd exitusul în 6—18 luni prin generalizarea pe cale limfatică şi sangvină. Metastazele cutanate apar în zona cicatricei unui melanom anterior tratat, în jurul cicatricei, sau la distanţă de leziunea primitivă. Adenopatia apare precoce, cu ganglioni mari, duri, nedureroşi, constituind uneori o masă voluminoasă în contrast cu melanomul mic. Viscerele mai frecvent prinse sînt ficatul, plămînii, creierul, miocardul, rinichii, coloana vertebrală. Generalizarea procesului malign determină o melanodermie difuză, rar întîlnită şi o melanurie, simptom clasic dar excepţional.

Anticorpi umorali anticelule tumorale au fost puşi în evidenţă prin imunofluorescenţă indirectă.

Tratament. Electrocoagularea a reprezentat metoda de elecţie practicată sub anestezie generală, anestezia loco-regională cu procaină sau xilină fiind contraindicată. Anestezia locală se poate face cu kelen, dar atenţie la arsurile care se pot produce. O altă metodă

Scanned with OKEN Scanner

este cea chirurgicală, prin intervenții mari tip monobloc; aceste două metode pot fi cuplate, tumora fiind îndepărtată electric și intervenția completată apoi chirurgical, creîndu-se posibilitatea unei închideri a plăgii, cu sau fără grefă. Radiații ionizante de înaltă energie pot fi utilizate. Excizia ganglionară sistematică nu mai este așa de recomandată ca în trecut și din cauza șocului psihologic în cazurile în care adenopatia nu este perceptibil clinic; în schimb ea se face în toate adenopatiile palpabile.

Chimioterapia se folosește ca tratament complementar; în teritorii cu relativă autonomie circulatorie se folosesc soluții carcinolitice prin infuzii intraarterială (cariolizină, thiotepa, methotrexat, endoxan). Imunoterapia are menirea de a stimula producția de anticorpi antitumorali; se poate face sub formă de transfuzii de sînge complet sau de plasmă și cu leucocite de la bolnavii cu melanoame care au regresat spontan, sau tratați imunoterapic. Vaccinarea antivariolică intralezional a dat rezultate încurajatoare, vaccinul BCG intranodular și corinebacterium parvum subcutanat sînt bine tolerați și cu unele rezultate. Chimioterapia necesită o supraveghere atentă din punct de vedere hematologic, iar imunoterapia este iluzorie sau periculoasă aplicată unui bolnav fără mijloace proprii de apărare și este fără acțiune pe anticorpii blocanți.

Scanned with OKEN Scanner

HEMATODERMII

Sînt manifestări cutanate datorate proliferări de cele mai multe ori ale celulelor sangvine (leucoze cutanate) sau ale elementelor ţesutului reticulo-endotelial şi îndeosebi ale ţesutului reticular (reticuloze şi reticulo-granulomatoze cutanate).

LEUCEMII CUTANATE. Leucemia acută se caracterizează hematologic prin trombopenie şi prezenţa în sînge a unor elemente anormale (limfoblaşti, mieloblaşti, celule nediferenţiate), iar cutanat prin peteşii, echimoze, papule, leziuni ulcerogangrenoase, precum şi gingivo-stomatite necrotice. Starea generală este alterată, bolnavii au splenomegalie şi poliadenopatie, iar evoluţia este gravă.

Leucemia cronică limfoidă se caracterizează hematologic prin leucocitoză marcată cu limfocitoză de 90% şi un procent redus de limfoblaşti, formele eritrodermice fiind de obicei aleucemice. Dermograma şi histopatologia leziunilor cutanate şi a ganglionilor limfatici arată infiltrat dens cu limfocite şi limfoblaşti. Se însoţeşte adesea de leziuni specifice (tumori gălbui brune, dure, unice sau multiple cu localizare la faţă, cu aspect de facies leonin, ulceraţii sau eritrodermii descuamative) sau nespecifice (plăci urticariene, papuloveziculoase, buloase, nodulare), localizate mai ales pe faţă şi trunchi.

Leucemia mieloidă cronică prezintă hematologic leucocitoză marcată (100 000—300 000/mm^3), cu număr mare de mielocite, mai rar mieloblaşti sau promielocite, bazofile şi eozinofile. Apare mai rar, iar manifestările cutanate sînt tardive şi reduse ca număr fiind reprezentate de peteşii (trombopenie prezentă), noduli roşii-albăstrui de mărimea unor boabe de linte-nucii dispuşi pe trunchi şi membre.

Tratamentul leucemiilor se face cu citostatice (methotrexat imuran, leukeran), corticoizi şi radioterapie pe tumori.

Scanned with OKEN Scanner

RETICULOZE CUTANATE MALIGNE. Afecțiuni grave datorate proliferării metatipice a celulelor reticulo-histiocitare de la nivelul pielii, proliferare care poate interesa simultan mezenchimul din derm și alte țesuturi; se împart în *reticuloze difuze*, în care în afară de piele sînt interesate și viscerele și *reticuloze cutanate propriu-zise*, ambele denumite și *reticuloze histiomonocitare* din cauza proliferărilor metaplazice, care realizează un infiltrat monomorf reticulo-histiocitar, cu activitate mitotică variabilă în opoziție cu infiltratul polimorf din micozis fongoid și maladia Hodgkin care sînt reticulopatii granulomatoase.

Reticuloze difuze interesează diferitele viscere și inconstant produc leziuni cutanate, fiind mai frecvente în prima copilărie și excepționale la adult.

Maladia Letterer Siwe, formă acută, apare la sugar între 3—6 luni, brusc, prin febră, alterare rapidă a stării generale, iar cutanat prin erupție papulo-crustoasă pe trunchi, gît, față cu aspect de maiou fără mîneci. Mai întîlnim peteștii, echimoze, uneori exanteme roseolice sau morbiliforme trecătoare; în cavitatea bucală eroziuni sau ulcerații, hemoragice, uneori necroze. Hepato și splenomegalie este frecventă ca și adenopatii ferme și nedureroase. Febra este constantă, hemograma nemodificată, iar în măduvă într-un stadiu mai tardiv întîlnim histiocite atipice și celule mari reticulare. Evoluția se face spre exitus în cîteva luni, dar nu este întotdeauna obligatoriu fatală, administrarea de antibiotice și corticoizi ameliorînd prognosticul.

Reticuloza cutaneopulmonară este forma cea mai caracteristică dintre cele subacute și cronice și se exprimă prin erupție papulo-crustoasă toraco-abdominală și jenă respiratorie cu raluri la auscultație și imagini nodulare sau kistice pulmonare la examenul radiologic.

Maladia Hand-Schüller-Christian interesează copii între 2—6 ani, care prezintă erupții peteșiale, papule de culoare variabilă, scuame, cruste și cicatrice varioliforme. Uneori formațiuni xantomatoase pot fi întîlnite, iar interesarea cavității bucale este frecventă (gingivo-stomatită ulcero-hemoragică). La origine maladia era constituită de exoftalmie, diabet insipid și lacune craniene, dar această triadă nu este găsită decît în 50% a cazurilor. În schimb leziuni osoase, pulmonare și ganglionare sînt frecvent semnalate.

Granulomul eozinofilic osos lovește subiecți de vîrstă foarte variată (între 9 luni și 60 ani) la care leziunile dermatologice reprezentate de papulovezicule, plăci eritemato-scuamoase, ulcerații bucale și vulvare sînt rare.

Scanned with OKEN Scanner

Aceste trei maladii datorită aspectelor clinice, histologice şi evolutive sînt reunite sub denumirea de *histiocitoză* X.

Tratamentul se face cu cortizon, antimitotice dar unele cazuri nu răspund favorabil evoluînd rapid spre exitus.

Reticuloze cutanate propriu-zise, afecţiuni rezultînd din proliferarea celulelor reticulohistiocitare sau monocitare, formează în derma profundă şi mijlocie infiltrate monomorfe şi persistente, fiind localizate strict cutanat sau cutaneo-ganglionar. Pe tegument se pot găsi pete eritematoase, leziuni eritematoscuamoase psoriaziforme, plăci infiltrate pseudoerizepelatoase ferme, leziuni papulonodulare roze sau violacee, leziuni nodulare ferme şi nedureroase, tumori regulate sau boselate, uneori de volum mare, ulceraţii regulate sau neregulate, eritrodermie; mucoasele sînt rar interesate. Adenopatiile însoţesc întotdeauna reticulozele cutanate, sub forma unor ganglioni mari, inegali, reliefaţi, fără periadenită, unii dintre ei luînd aspect tumoral.

Evoluţia este cronică, cu o stare generală conservată mult timp, dar după 10—20 de ani şi chiar mai mult proliferarea reticulară malignă prinde un organ intern şi duce rapid la exitus.

Hemograma arată monocitoză moderată, eozinofilie sau limfocitoză cu uşoară creştere a globulelor albe; mielograma evidenţiază adesea proliferări de celule reticulare sau monocitare fără atipii; adenograma şi biopsiile ganglionare arată prezenţa unor celule histiocitare, voluminoase, atipice. Apariţia în sînge sau măduva osoasă a celulelor de tip histiomonocitar ne îndreptăţeşte să suspectăm transformarea reticulozei în leucemia cu monocite (care are prognostic fatal), motiv pentru care este necesar să efectuăm periodic în cursul evoluţiei unei reticuloze hemo- şi medulograma.

Tratamentul recomandă cortiicoterapie asociată cu radioterapie ca avînd efectele cele mai bune. Se mai pot folosi citostatice, excizii chirurgicale urmate de grefe.

Reticuloza (sindrom) Sézary, afecţiune rară, interesînd vîrsta între 50—60 ani, debutează cu prurit, care adesea se însoţeşte de eritem, plăci eczematiforme care se extind formînd eritrodermie. Eritrodermia este simptomul cel mai constant şi ei i se asociază o pigmentaţie brună în regiuni limitate (faţă, membre), infiltraţie şi edem al pielii, hiperkeratoză palmoplantară şi pachyonichii. Adenopatii importante, cu debut inghinal, care se generalizează, ferme, aderente de planurile profunde, nedureroase completează tabloul clinic. În sîngele circulant se pun în evidenţă celule Sézary care prin studii cito-chimice şi imunologice şi de microscopie electronică sînt considerate a fi limfocite T. Aceste celule Sézary se întîlnesc

și în ganglioni. Evoluția este subacută, dar după 4—5 ani de la apariția eritrodermiei merge la exitus. Tratamentul se face cu cortizon și antimitotice.

RETICULOZE GRANULOMATOASE (granulomatoze). În acest grup se descriu afecțiuni caracterizate histologic prin infiltrate polimorfe: micozis fongoid și limfogranulomatoza malignă cutanată (maladia Hodgkin).

MICOZIS FONGOID. Afecțiune cronică, letală, cu manifestări cutanate, mai rar viscerale, care îmbracă trei forme clinice:

— *forma comună (tip Alibert-Bazin)* se caracterizează prin eriteme pruriginoase (eritem premicozic), care pot fi urticariene (fugace), rozeoliforme, eritematoscuamoase, parapsoriaziforme sau psoriaziforme. Pot apare papule urticariene sau lichenoide, leziuni eczematiforme, bule, placarde hiperpigmentate sau acromice. Ganglionii inghinali și axilari sînt adesea voluminoși. După o perioadă de stabilitate de cîțiva ani, leziunile încep să ia aspecte figurate, anulare, circinate, unele devin plăci infiltrate circumscrise pe care apoi survin tumori de volume variabile, care frecvent se ulcerează. Mucoasele sînt rar interesate;

— *forma eritrodermică (tip Hallopeau)* apare de la început ca o eritrodermie exfoliativă, foarte pruriginoasă, cu descuamație furfuracee sau lameloasă. Adenopatiile sînt prezente și voluminoase. Starea generală este rapid interesată, febră frecventă și în decurs de 1—2 ani bolnavul se îndreaptă către caşexie și exitus;

— *forma cu tumori d'emblée (tip Vidal-Brocq)* se traduce prin apariția de tumori fără leziuni cutanate preexistente și fără prurit; tumorile, de obicei, unice se aseamănă cu sarcoamele; după cîteva luni sînt urmate de alte tumori identice dispuse în aceeași regiune.

Hemograma și medulograma sînt normale, dar în fazele terminale pot lua aspect leucemic. Manifestările viscerale par a fi independente și legate de caşexie, suprainfecții (nefrite, tulburări cardiace, bronșite), la necropsie găsindu-se infiltrate reticulogranulomatoase în ficat, rinichi, plămîni, tub digestiv, inimă.

Natura micozisului fongoid nu este precizată; se citează cazuri de parapsoriazis transformate în micozis fongoid.

Tratamentul cu cele mai bune rezultate este corticoterapia asociată cu imunodepresive ca și radioterapia. Electronoterapia pare a da unele rezultate. Local se recomandă pomezi cu reductoare, corticoterapia în pansament ocluziv.

Scanned with OKEN Scanner

LIMFOGRANULOMATOZA MALIGNĂ CUTANATĂ (maladia Hodgkin). Afecțiune gravă, caracterizată prin adenopatii, hepatosplenomegalie, leziuni cutanate, febră, astenie și prurit. Pruritul este generalizat, precoce, dispărînd uneori la apariția adenopatiilor. Adenopatiile sînt voluminoase, superficiale sau profunde, localizate mai ales laterocervical, în alte regiuni sau generalizat. Splenomegalia este considerabilă, hepatomegalie, tulburări digestive, nervoase și leziuni osoase sînt manifestările viscerale întîlnite. Leziunile cutanate pot fi urticariene, eritemato-veziculoase, buloase; prurigo limfadenic (erupții papuloveziculoase) este frecvent întîlnit pe trunchi și membre. Alteori găsim exanteme morbiliforme, scarlatiniforme, eritrodermii; mai rar noduli, infiltrate difuze, ulcerații profunde, tumori ulcerate.

Structura histologică a leziunilor cutanate este asemănătoare leziunilor ganglionare sau viscerale; infiltrat granulomatos polimorf cu celule gigante Sternberg, plasmocite, limfocite, limfoblaști, polinucleare, eozinofile, histiocite.

Tratamentul se face prin ablație chirurgicală a unei leziuni cutanate primitive unice, care ar împiedica diseminarea bolii; radioterapie, cobaltoterapie, accelatori de electroni, corticoterapie asociată cu imunodepresive.

MALADIA BRILL-SYMMERS (limfom giganto-folicular). Considerat ca studiu inițial al unei hemo-reticulopatii cu evoluție spre reticulosarcom, limfosarcom sau maladie Hodgkin, acest limfom este constituit din adenopatie, spenomegalie și leziuni cutanate; prurit, prurigo, leziuni eritematoscuamoase, noduli infiltrați. Tratamentul se face prin radioterapie și cobaltoterapie.

MALADIA KAPOSI (angiosarcomatoză Kaposi). Afecțiune considerată ca o reticuloză angiogenă, cu prognostic adesea grav, apare mai frecvent la bărbați, între 50—70 ani; debutează la extremități — picioare sau mîini —, mai rar la urechi sau organe genitale, sub formă de plăci eritemato-angiomatoase sau leziuni papuloase ori nodulare. Plăcile eritemato-angiomatoase sînt bine delimitate, cu suprafața netedă sau keratozică, roșii-violacee, cu halou albăstrui-verzui uneori. Leziunile papulo-nodulare survin pe plăcile eritemato-angiomatoase, mai rar pe piele sănătoasă, pot ajunge pînă la mărimea unor nuci; sînt de consistență elastică, altele dure și în evoluția lor pot deveni pseudofluctuente, ulcerate sau chiar formațiuni chistice pseudolimfangiomatoase, care prin rupere lasă să

Scanned with OKEN Scanner

iasă un lichid apos sau siropos. Nodulii confluează realizînd mase mamelonate și infiltrate, formațiuni papilomatoase și keratozice cu aspect de conopidă. Un edem, elastic sau dur, precoce sau tardiv completează tabloul clinic, ducînd la elefantiazis kaposian. Telangiectazii, purpure, bule, pigmentații, infecții secundare pot fi observate. Pete și noduli se găsesc cîteodată pe mucoase, care devin astfel sediul unor hemoragii. Adenopatiile nu sînt rare, dar ele sînt moderate și trec ușor neobservate. Leziuni osoase, uneori dureroase, cu tumefacția globală a piciorului sau mîinii se întîlnesc. Leziuni viscerale sînt descrise dar aproape întotdeauna limitate la un singur organ (tub digestiv, inimă sau pericard, plămîni, ficat, splină). Starea generală este mult timp conservată, pruritul rar și durerile variabile; în faza terminală survine o stare cașectică cu anemie progresivă, febră. Evoluția afecțiunii se face în 2—20 ani spre exitus, prin cașexie, maladii intercurente, anemie; complicațiile accelerează această evoluție prin hemoragii, transformarea într-un sarcom adevărat. Etiologia rămîne necunoscută, iar concepția unei maladii de sistem pare cea mai adevărată. Tratamentul este decepționant. Ablația chirurgicală dă rezultate în leziuni incipiente și izolate, mai ales completată cu grefă; penicilina a fost eficientă în unele cazuri. Radioterapia, radioelementii beta și gama, electronterapia sînt considerate ca cele mai bune tratamente. Medicația antimitotică a devenit însă medicația de elecție, mai ales în formele extinse de Kaposi.

INFILTRATE DE ASPECT HEMATODERMIC (pseudolimfome). Papuloza limfomatoidă. Este caracterizată printr-o erupție recidivantă papuloasă și polimorfă, cu evoluție benignă dar cu imagine de hematodermie malignă. Papulele roșii, brune, cu diametru de 2—5 mm, în număr de pînă la 20 de elemente, se dispun simetric pe trunchi și membre; unele au aspect psoriaziform, alte de parapsoriazis în picătură sau de parapsoriazis Muha. Fiecare element dispare în 3—4 săptămîni lăsînd cicatrice. Tratamentul se face cu tetraciclină sau penicilină.

ACTINORETICULOZĂ (pseudolimfom actinic). Apare la vîrsta de peste 50 ani, adesea la etilici pe zone expuse la soare (față, gît, dosul mîinilor) sub formă de pete și plăci eritematoscuamoase, numeroase papule, roze și ferme asemănătoare lichenului sau unor papule, roze și ferme asemănătoare lichenului sau unor papule dismetabolice. Puseele însoțite de prurit, mai mult sau mai puțin in-

Scanned with OKEN Scanner

tens, sînt ritmate de perioadele însorite, dar cu timpul tind să cuprindă și părțile acoperite realizînd uneori aspecte eritrodermice; în timpul puseelor descuamația poate fi abundentă, psoriaziformă, cu edem al feței, tegumentul se îngroașă, se lichenifică. Histologic se constată un infiltrat cu caracter de hematodermie, dar procentajul scăzut de celule distrofice și în mitoză, reacția fibro-vasculară este în favoarea unei reacții inflamatorii cronice. Tratamentul este decepționant: se recomandă protecție împotriva razelor luminoase și tratament cu cortizon și imunodepresive.

Scanned with OKEN Scanner

PRURIT ŞI PRURIGOURI

Pruritul, simptom banal, este foarte frecvent întîlnit în afecţiunile cutanate, cît şi în unele afecţiuni generale ; are diferite grade de intensitate, durată, întindere, survine în crize, cu exacerbări vesperale şi nocturne.

Pruritul prelungit produce modificări ale pielii, care se îngroaşe, devine uscată, pliurile cutanate se exagerează, apar papule lichenoide constituind cea ce Brocq a descris sub denumirea de lichenificare. Vom descrie cîteva forme de lichenificări circumscrise şi difuze.

Lichenificare circumscrisă (neurodermită) se traduce prin prurit, care este în general primul semn, localizare pe feţele laterale ale gîtului, ceafa, coapse, ano-genito-crural. Progresiv pielea ia o coloraţie roză, granuloasă, cu mici pseudopapule strălucitoare ; cu timpul se constituie o placă ovalară, cu limite mai puţin nete şi regulate. Plăcile pot fi acoperite de scuame sau pot fi netede, uneori discret umede ; papulele, seamănă cu cele din lichen plan, dar sînt slab delimitate şi neindurate.

Lichenificare difuză (prurigo simplu cronic difuz) este mult mai rară şi urmează unui prurit generalizat, intens. Pielea se acoperă de papule mici strălucitoare, brune, lucitoare, dar în general toate elementele sînt mai puţin pronunţate decît în lichenificarea circumscrisă, cu toate că în unele zone se găsesc chiar aspecte de neurodermită. Evoluţia durează cîteva săptămîni, dar se poate prelungi cîteva luni.

Lichenificări secundare survin în cursul unor dermatoze pruriginoase, ca eczemă, dermite eczematiforme, lichen plan, prurigouri, micozis fongoid.

Tratamentul recomandă tetraciclina în neurodermită ca şi în lichenificarea difuză, mai ales cînd găsim focare de infecţie, desensibilizante, antihistaminice, tranchilizante, regim alimentar cu evitarea condimentelor, conservelor, afumăturilor. Tratamentul lo-

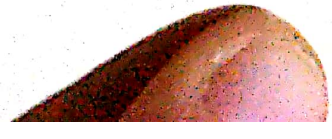
Scanned with OKEN Scanner

cal este şi el important; se prescriu reductoare (pix liquida, oleu cadini, cignolină), pomezi şi creme cu cortizon în pansamente simple sau ocluzive, acid tricloracetic 33%, crioterapie.

Lichenificare nodulară (prurigo nodular Hyde), de etiologie necunoscută, survenind mai ales la femei între 30—50 ani cu tulburări ovariene, se caracterizează prin leziuni globuloase, reliefate şi dure, de mărimea unor boabe de mazăre şi chiar mai mari, netede, acoperite de scuame aderente, escoriate sau cu cruste mici sangvinolente, provocate de grataj. Tratamentul utilizează opoterapia ovariană sau testiculară, precum şi celelalte medicaţii semnalate mai sus, la care se mai practică excizii chirurgicale şi radioterapie.

PRURITURI PARAZITARE

SCABIA. Este produsă de Sarcoptes scabiei hominis şi anume prin femela fecundată, care-şi sapă o galerie în stratul cornos pentru a-şi depune ouăle; scabia se întîlneşte în toate ţările, apariţia ei fiind favorizată de murdărie, suprapopulare. Se transmite prin contact direct şi în timpul nopţii. De la contaminare pînă la apariţia primelor simptoame pot trece de la 2 zile pînă la cîteva săptămîni. Prurîtul este primul simptom şi el poate fi la început localizat, generalizîndu-se rapid, respectînd faţa, pielea capului, spatele, gîtul, după care datorită gratajului se ivesc papule miliare escoriate sau cu mici cruste, escoriaţii liniare. Leziuni specifice, situate în zone de elecţie, sînt şanţul şi veziculele perlate. Şanţul are traiect curb şi sinuos, apare reliefat la palpare, iar la una din extremităţile sale se găseşte o mică ridicătură sidefie-eminenţa acariană. Veziculele perlate sînt transparente, cristaline, puţin reliefate, localizate în spaţiile interdigitale, fără să aibă valoarea patognomonică a şanţului acarian. Şanţurile trebuie căutate pe degete, încheietura pumnului, penis şi plantele la copil. Leziunile nespecifice se întîlnesc în spaţiile interdigitale, faţa anterioară a pumnului, coate, peretele anterior al axilelor, areola mamară, centură, para-ombilical, plicile fesiere, plantele sugarilor. Leziunile se pot eczematiza, mai ales în localizarea la sîn la femei, se pot impetigina îndeosebi la copii. La unii bolnavi putem întîlni o pachionichie, cu hiperkeratoză subunghială conţinînd numeroşi paraziţi. Diagnosticul se fixează pe baza simptoamelor descrise, punerea în evidenţă a femelei extrasă din eminenţa acariană şi epidemiologic-existenţa de cazuri similare în colectivitate. Menţionăm că tratamentul trebuie aplicat tuturor celor care au dormit cu bolnavul, indiferent dacă i-au apărut sau nu leziuni.



Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul se face cu hexaclorciclohexan (Lindan) în concentrație de 0,5%—1%, concentrațiile mai mici fiind prescrise la copii și adulții cu o piele mai sensibilă. Preparatul se aplică copiilor peste 3 ani și adulților după următoarea tehnică: se unge toată pielea (cu excepția feței și pielii capului) și după 24—48 ore se spală cu apă și săpun. Se fac 2—3 aplicații la interval de 24—48 ore. Rufăria de corp și de pat se schimbă de fiecare dată; ea se fierbe și se calcă. Se poate utiliza sulful în formula: Sulf precipitat, carbonat de calciu aa 10 g, vaselină 100 g sau soluția de hiposulfit Na 20% badijonaj, urmată de aplicații de soluție de acid clorhidric sau lactic 5%. Pentru copii sub 3 ani benzoat de benzil 25 g, vaselină 75 g.

În toate cazurile se pot produce iritații ale pielii care se pot calma cu pasta cu apă Darier, creme cu cortizon. Rufăria care nu poate fi fiartă și călcată cu fierul încins se introduce într-un sac de nailon închis la capăt și este ținută așa timp de 21 zile, fiind pudrată cu DDT.

SCABIA NORVEGIANĂ. Este o formă complicată a scabiei normale, care survine la bătrîni, caşectici, fiind descrisă prima dată la leproșii din Norvegia. Se manifestă prin cruste stratificate (rupii) pe toată suprafața corpului, chiar pe față și pielea capului, realizînd uneori adevărate eritrodermii. Bolnavii pot face pachyonichii și sînt extrem de contagioși. Tratamentul în această formă se face ca și la scabia obișnuită, precedat de o pomadă keratolitică (vaselină salicilată), care se înmoaie și să facă să cadă crustele.

ALTE SCABII. Scabia pisicii apare la 10—12 ore de la contactul pielii cu animalul sub forma unui placard papulo-veziculos în care se găsesc și pete mici eritematoase sau urticariene. Tratamentul se face cu pastă cu apă, dar animalul trebuie sacrificat sau tratat serios deoarece pentru el scabia este adesea foarte gravă.

Scabia cîinelui, a porcului sînt asemănătoare cu cea a pisicii.

Scabia cerealelor și produselor exotice: cereale, vanilie, ceai, curmale uscate se manifestă prin erupții pruriginoase, fugace, care dispar la întreruperea contactului infectant.

PEDICULOZE.

PEDICULOZA CAPULUI. Afecțiune produsă de pediculus capitis, parazit cu lungimea de 1—3 mm, de culoare alb-gri, are un rostru cu care înțeapă și se hrănește de 4—5 ori pe zi cu sînge; sînt de obicei puțini la număr, în schimb lindenii sînt numeroși aderenți de firele de păr.

Scanned with OKEN Scanner

În urma înţepăturilor apar leziuni eritemato-urticariene pruriginoase şi în urma gratajului escoriaţii, cruste hemoragice. Leziuni de prurigo, piodermite, îndeosebi impetigo, localizate mai ales în regiunea occipitală trebuie suspectate de pediculoză ca şi adenopatiile cervicale, voluminoase uneori chiar supurate întîlnite la copii.

Tratamentul se face prin spălare cu apă şi săpun a capului şi pieptănarea cu un pieptene des trecut printr-o soluţie de biclorură de mercur 1‰, prescrisă pe reţetă cu timbru sec. *Rp.* Acid acetic glacial 5 g, biclorură de mercur 1 g, apă distilată 1 000 ml *DS.* Extern-otravă. În plus, bărbaţii şi copii se pot tunde sau rade pe cap.

PEDICULOZĂ CORPULUI. Apare în condiţii de neigienă, produsă de păduchele de corp, care este mai mare decît cel de cap; el se adăposteşte în cutele lenjeriei de corp sau ale hainelor, de unde se deplasează de 2—3 ori pe zi pe piele pentru a se hrăni cu sîngele gazdei. Prin înţepături produce plăci urticariene pruriginoase şi în urma gratajului escoriaţii, cruste, piodermizări. Pediculoza se localizează pe gît, regiunea posterioară şi superioară a toracelui, umeri, pereţii posteriori ai axilelor. La persoanele certate cu igiena personală apar escoriaţii lungi, piele îngroşată, colorată în brun, o adevărată „melanodermie a vagabonzilor".

Tratamentul se face prin pudraj cu DDT 5% a corpului şi hainelor.

PEDICULOZA PUBIANĂ (ftiriaza pubiană). Produsă de ftirius pubis (păduchele lat), care se fixează cu ghiarele la baza firului de păr în regiunea păroasă a pubelui, se manifestă prin papulo-vezicule şi pete albăstrui lenticulare patognomonice. Parazitul poate fi găsit şi în alte regiuni păroase. Tratamentul se face prin tunderea părului, pudraj cu DDT 5% sau se aplică pomadă calomel 5%, ori pomadă precipitat alb de mercur 5% timp de 2 ore după care se spală cu apă şi săpun.

ÎNŢEPĂTURI DE INSECTE. Puricii, ploşniţele, ţînţarii, viespile, albinele, păianjenii, omizile produc prin înţepăturile lor pete eritematoase sau purpurice, papule, plăci urticariene, senzaţii de prurit, arsură, diagnosticul neîntîmpinînd dificultăţi. Tratamentul se face prin aplicaţii de pastă cu apă cu mentol 0,5%—1%. Pentru a ne feri de înţepăturile ţînţarilor putem prescrie badijonaj cu *Rp.* amoniac 5g, alcool 50% 100 ml. Albinele pot produce, uneori, la bolnavii hiperergici reacţii elergice puternice şi uneori chiar

Scanned with OKEN Scanner

șocuri, fiind nevoie de o terapie de urgență: hemisuccinat de hidrocortizon i.v., romergan i.m., calciu gluconic și vitamină C intravenos.

PRURIGOURILE. Sînt dermatoze pruriginoase caracterizate prin leziuni papuloase, centrate de cîte o veziculă mică; prurigourile pot fi acute, cronice sau prurigouri survenind în cursul evoluției unor afecțiuni, ca hematodermii (prurigo limfadenic), parazitoze (prurigo parazitar) etc.

PRURIGO STROFULUS. Afecțiune întîlnită la copilul între 6 luni—6 ani, se caracterizează prin leziuni papulo-veziculoase așezate pe plăci urticariene fugace. Veziculele sînt înlocuite de cruste mici roșii-brune, iar din cauza gratajului — afecțiunea fiind foarte pruriginoasă — apar escoriații. Erupția se face în pusee și se localizează mai ales pe gambe, coapse, fese, mai rar pe restul corpului. În etiologie sînt incriminate unele alimente (portocale, ciocolată, căpșuni, zmeură, fragi, ouă, cîrnați), paraziții intestinali, focare de infecție, iar recent unii acuză o sensibilizare la înțepăturile de insecte mici și îndeosebi la puricii de pisică. Tratamentul recomandă un regim, nu prea sever, ținînd seama că trebuie să alimentămcopiii rațional. Se prescrie medicație desensibilizantă: calciu efervescent, calciu granule, feniramin de 0,10, vitamina C a 50 mg, iar local pastă cu apă cu mentol 0,5—1%, unguente corticonice, soluție cristal violet 1% pe leziuni infectate. Uneori în prezența unor focare de infecție trebuie administrate antibiotice, corticoterapie în doze mici și cure scurte, pe lîngă celelalte medicamente expuse.

PRURIGO ACUT AL ADULTULUI. Afecțiunea se manifestă prin papule sau seropapule fără plăci urticariene asociate; erupția se face într-un singur puseu, durează 1—8 săptămîni dispărînd fără să lase urme și nu recidivează. Etiologia rămîne de cele mai multe ori neprecizată, dar au fost incriminate căldura, transpirația și mai ales greșelile alimentare.

Tratamentul este desensibilizant, antihistaminic și suprimarea cauzelor.

PRURIGO ESTIVAL (summer prurigo). Survine primăvara și vara, după expuneri la radiațiile solare, sub formă de papule și seropapule, eriteme adesea urticariene, bule uneori hemoragice, localizate pe părțile descoperite. Este necesară diferențierea uneori de

Scanned with OKEN Scanner

porfiria cutanată şi în acest sens efectuarea uroporfirinelor. Tratamentul se face cu vitamina PP, extracte hepatice, preparate de calciu, hiposulfit de natriu, antihistaminice, hidroxiclorochin iar local pastă cu apă, creme cu cortizon, creme antisolare cu antipirină sau săruri de chinină 10%.

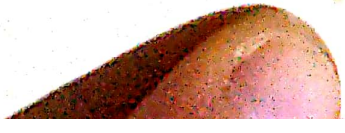
PRURIGO HIVERNAL (Winter prurigo). Este un alt prurigo acut cu durată efemeră, care apare iarna, pe feţele anterioare ale gambelor şi coapselor, seara cînd bolnavul se dezbracă, sub forma unui prurit şi leziuni banale, pseudopapule şi uneori lichenificări. Tratamentul recomandă desensibilizări nespecifice, antihistaminice, tranchilizante, aplicaţii locale de pastă cu apă, unguente cu cortizon.

PRURIGO GRAVIDIC. Apare în jurul lunei a IV-a de graviditate printr-un prurit la mîini, picioare, spate, papule cu halou inflamator, care devin escoriate. Leziunile trebuie deosebite de herpes gestaţiones. Tratamentul se face cu desensibilizante, antihistaminice, pastă cu apă, ţinînd seama de contraindicaţiile stării de graviditate.

PRURIGO BESNIER. Debutează în primii ani ai copilăriei cu prurit, papule, seropapule, pe faţă, gît, plicile poplitee şi ale coatelor, pe organele genitale, feţele interne ale coapselor; leziunile confluează în plăci lichenificate, zemuinde. La bolnavi aceste leziuni pot fi asociate cu rinite, astm alergic. Evoluează cronic, în pusee, ani de zile şi se atenuează la pubertate sau în vîrsta adultă. Afecţiunea este considerată astăzi ca o continuare a dermatitei atopice, iar persistenţa ei la vîrsta adultă este asimilată dermatitei atopice a adultului. În etiopatogenie este semnalat caracterul familial ereditar şi sînt incriminaţi trofalergenii, pneumoalergenii, infecţia de focar, paraziţii intestinali.

PRURIGO HEBRA. Afecţiune mai rar întîlnită, apare la copii în vîrstă de 6—10 luni, localizată pe faţa antero-externă a membrelor şi îndeosebi pe gambe, sub formă de papule dure, uneori escoriate, însoţite de prurit intens. Din cauza gratajului pielea se îngroaşă, devine rugoasă, se pigmentează, apar piodermizări. În regiunile inghino-crurală şi axilară se găsesc ganglioni voluminoşi de consistenţă păstoasă, reliefaţi şi vizibili de la distanţă; sînt neinflamatori, mobili. Etiologia nu este precizată; sînt incriminate lipsa de igienă, subnutriţia, sensibilizarea la pneumoalergeni, mai puţin la cei alimentari.

Tratamentul recomandă regim alimentar, desensibilizante, antihistaminice, sedative, schimbarea mediului familiar, iar local pastă



Scanned with OKEN Scanner

cu apă, reductoare, unguente cu cortizon, crioterapie în placardele lichenificate, cristal violet în piodermizări.

PRURIGO CRONIC AL ADULTULUI. Debutează brusc printr-un prurit violent în regiunile genitale, plici, membre și pete eritematoase, leziuni urticariene, papulovezicule, care se generalizează, produc lichenificare difuză. Are o evoluție de cîteva săptămîni sau luni, cu pusee sezoniere, cu durata uneori de ani de zile. Factorii incriminați în apariția acestei forme de purigo — alergeni alimentari, pneumoalergenii, infecția de focar, viermii intestinali, terenul — apropie această afecțiune de prurigo Besnier. Tratamentul este asemănător celui indicat în celelalte forme de prurigo.

PRURIT ANO-GENITAL. Este unul din cele mai frecvente și mai rebele pruriturі, care debutează de obicei anal și se extinde apoi genital și în perineu, evoluînd de cele mai multe ori spre o dermită eczematiformă. Se caută în asemenea cazuri factorii microbieni, micotici, levurici, hemoroizii, aplicații de soluții sau pomezi iritante, viermii intestinali, tricomonază, rectită, cistită, kraurozis, tulburări nervoase și endocrine, diabetul. Pruriturile ano-genitale sînt foarte rebele, iar tratamentele sînt dificile și de lungă durată. Tratamentul constă într-o igienă riguroasă a regiunii — fără a o irita — cu băi de permanganat de potasiu 1/10 000, soluții colorante (cristal violet, Castellani, soluție mercurocrom 1%), creme cu cortizon, pomezi cu antibiotice, iar general antibiotice, desensibilizante, antihistaminice, tranchilizante, preparate hormonale îndeosebi ovariene sau testiculare.

PRURITUL PIELII CAPULUI. Întreținut de starea seboreică, pitiriazis simplu sau gras, pruritul pielii capului produce în regiunea cefei sau retroauricular lichenificări. Rezultate bune dau soluțiile alcool salicilat 2%, unguentul cu methotrexat 0,2%, pomezi și creme cu cortizon.

PRURIT SENIL. Apare după 60 ani, mai ales la bărbați, la început localizat, apoi generalizat, dar mai ales pe toracele posterior; pielea devine galbenă, flască, uscată, dar fără escoriații sau lichenificări, fiind ușor pigmentată, netedă și strălucitoare. Cauza este necunoscută; s-au invocat autointoxicații, involuție senilă a pielii, tulburări nervoase, endocriniene. Este foarte rebel la tratament în cadrul căruia se încearcă antihistaminice, hormonoterapie (testosteron, foliculină), radioterapie superficială, iar local mixturi agitante, creme cu cortizon.

Scanned with OKEN Scanner

BOLI ALE MUCOASELOR

BOLI ALE CAVITĂȚII BUCALE

CHEILITE (labialite). Sînt stări inflamatorii ale semimucoaselor buzelor traduse prin leziuni eritematoedematoase, descuamație, fisuri, cruste, iar subiectiv prurit și senzații de arsură. Sînt determinate de cauze multiple, adesea asociate:

— factorul mecanic — mușcarea, pișcarea sau umezirea continuă a buzelor (ticul buzelor) ca și linsul la copii — este anterior apariției cheilitei sau secundar unui alt factor;

— factorul chimic poate fi reprezentat de rujul de buze prin eozină, radamina sau tolu-safranina pe care le conține ori prin excipientul gras sau parfum; pastele de dinți cu salol, coloranți, parfum; proteze dentare, contactul cu un instrument muzical de suflat; medicamente ca penicilina, sulfamide, antipirină, alimente ca portocale, căpșuni, zmeură, roșii, mirodenii, vin;

— factorul microbian apare inițial dar mai adesea în asociație cu alți factori, mai ales cu cei chimici; coexistența cu leziuni streptococice (perleș, impetigo) pledează pentru diagnosticul de cheilită microbiană, mai ales streptococică, care cu timpul poate duce la elefantiazis;

— factorul fizic este reprezentat de acțiunea razelor solare îndeosebi; cheilita actinică cu evoluție cronică și apariția unui proces keratozic devine o dermatoză precanceroasă descrisă la acest capitol;

— factorul carențial se referă la avitaminoză B_2, B_{12}, care determină cheilită descuamativă cu ragade.

Tratamentul indică, în primul rînd, suprimarea agenților nocivi, calmarea cu comprese cu soluție de nitrat de argint 0,25‰ sau soluție hidrocortizon 250 mg în 1 000 ml ser fiziologic, rujuri medicinale, pioctanine, pomezi cu antibiotice și corticoizi, iar general antibiotice, vitamine din grupul B (B_2, B_{12}, B complex), anatoxină streptococică.

Scanned with OKEN Scanner

PERLEȘ (zăbăluță). Se manifestă sub forma unei eroziuni liniare, fisuri, dispusă la comisurile labiale, ușor sîngerîndă sau acoperită de un exudat albicios sau de cruste mici, cu margini discret reliefate; leziunea este dureroasă și poate fi produsă de streptococ, candida, stafilococ, criptococ sau enterococ; este favorizată sau chiar determinată de proteze dentare și carențe vitaminice (B_2, B_{12}, complex B, vitamina C). Tratamentul se face cu soluție de nitrat de argint 3%, cristal violet 1% ori soluție Castellani, pomezi cu antibiotice (tetraciclină 3%, nidoflor) și vitaminele incriminate.

SIFILIDE COMISURALE. Reprezentate de fisuri, asemănătoare perleșului, care însă separă în două leziuni papuloase mari, infiltrate caracteristice sifilisului secundar; fisuri radiare, sîngerînde care depășesc mucoasa și prind și pielea se pot întîlni în sifilisul congenital precoce, care lasă după ele cicatrice radiare (stigmate de sifilis).

Tratamentul se face cu penicilină conform schemei Ministerului Sănătății.

MACROCHEILITE. Afecțiuni caracteristice printr-o stare elefantiazică apărută la orice vîrstă, care interesează numai o buză sau predomină la una dintre ele; buza este triplată în volum și realizează aspectul de „rît" sau „bot de tapir", pielea fiind de culoare normală sau roșie inflamatorie presărată uneori de vezicule sau eroziuni.

Se cunosc mai multe forme clinice:

— *macrocheilita inflamatorie* prinde mai ales buza superioară, care este roșie, caldă, sensibilă la presiune, de consistență fermă; natura infecțioasă este bănuită și datorită puseelor febrile, dureroase, asociate uneori cu streptodermie. Starea elefantiazică se crede că rezultă dintr-o limfangită cronică. Tratamentul se face cu antibiotice general și local cu rezultate bune în faza inițială;

— *macrocheilita granulomatoasă Miescher* apare brusc, în copilărie, la buza superioară și după o perioadă de exacerbări și remisiuni buza rămîne voluminoasă, asimetrică, boselată sau fisurată, violacee sau de culoare normală, de consistență fermă sau moale, citeodată inegală. Histologic prezintă o structură foarte particulară cu prezența în dermă de noduli, foarte bine delimitați, formați din epiteloide.

Macrocheilita asociată cu paralizie facială și limbă plicaturată formează *sindromul Melkersson-Rosenthal* cu localizare strict fa-

cială neuro-cutanată, evoluează cronic, fără tendință la regresiune și fără vreo manifestare viscerală. Macrocheilita interesează una din buze, iar elefantiazisul cronic nu este inflamator, dureros și nici nu are semne de inflamație locală (nici adenopatii). Mucoasa bucală păstrează uneori amprenta dinților, gingiile se hipertrofiază; limba plicaturată are aspect de limbă scrotală, adesea ereditară, asociată uneori cu glosită exfoliatrice marginală; paralizia facială este de tip periferic, unilaterală, tranzitorie, devine adesea permanentă și se însoțește cîteodată de migrene, tulburări de miros și gust.

Tratamentul în macrocheilitele inflamatorii se fac cu antibiotice, antihistaminice, desensibilizante; în macrocheilita granulomatoasă și sindromul Melkersson-Rosenthal corticoterapia și intervențiile chirurgicale au dat unele rezultate.

CHEILITE GLANDULARE. Sînt hiperplazii ale glandelor salivare heterotopice localizate pe buza superioară, apărute în copilărie. Se descriu:

— *cheilita glandulară simplă (Puente)* se traduce prin prezența unor orificii mici, dispuse pe mucoasa buzei inferioare, în pîlnie adesea deprimate, înconjurate de un cerc albicios, leucoplaziform de unde se scurge salivă în picături mici. În unele cazuri buza este mărită de volum (macrocheilită glandulară);

— *cheilita glandulară supurată cronică și profundă* este reprezentată de o mărire de volum a buzei inferioare, care este proiectată înainte; suprafața buzei este acoperită de cruste aderente, sub care se găsesc orificii mici, din care la presiune apare salivă. Buza suferă pusee dureroase datorită formării de abcese. Orificiile descrise pot fi înconjurate de insule leucoplaziforme, de pete eritematoase. Această cheilită glandulară se poate transforma într-un epiteliom spinocelular.

Tratamentul se face prin electroacoagularea orificiilor descrise și a plăcilor leucoplaziforme.

LEUCOKERATOZE. La nivelul buzelor se poate localiza lichen ruber plan sub forma unei plăci opaline, rețea sau chiar unei stări keratozice; leucoplazia realizează leziuni leucokeratozice în plăci sau în strii, de obicei într-o margine a buzei care corespunde cu obișnuința de a ține țigara; lupusul eritematos este relativ frecvent întîlnit sub forma unui proces keratozic, de scuame aderente sau sub forma unor leziuni albicioase lichenoide, fie asocierea lor.

Scanned with OKEN Scanner

GLOSODINIA. Înseamnă senzație dureroasă a limbii într-un punct fix sau o mare parte a acesteia, fără leziuni aparente; durerea este exagerată prin contactul cu acizi, mirodenii, la obsedați, cancerofobi și poate fi de o mare intensitate împiedicînd somnul, conversația și masticația. La un examen foarte atent se găsește uneori hipertrofia papilelor filiforme. Etiologia incriminează focare dentare, lichen invizibil, curenți electro-galvanici, tulburări digestive cu modificarea *p*H-ului salivar, leziuni ale sistemului nervos. Tratamentul acordă importanță deosebită lucrărilor dentare, antisepticelor locale, gargarelor cu bicarbonat de sodiu 20‰, tranchilizante, psihoterapie, iar în caz de nerezolvare electrocoagulare superficială și punctată a papilelor hipertrofice.

GLOSITE. Sînt inflamații ale limbii, însoțesc stomatitele și pot fi de mai multe feluri:

— *glosita exfoliativă marginală* (limba geografică) este reprezentată de plăci roșii netede, depapilate, cu lizereu albicios, dispuse în partea antero-laterală a limbii; leziunile se extind, putînd acoperi întreaga limbă, fața dorsală, descriind diferite forme geometrice, geografice. Nu este dureroasă, are evoluție indefinită, se întîlnește la orice vîrstă și îndeosebi pe limbă scrotală, are prognostic benign. Etiologia ar fi microbiană sau parazitară, după alții ar avea o origine ereditară și se întîlnește la persoane surmenate, cu nevroze, cu dispepsii. Tratamentul se face cu soluții antiseptice (rivanol 1/2 000 ml, albastru de metilen 1%), vitamine A, PP, B complex, sedative;

— *glosita romboidă mediană* se localizează în porțiunea posterioară a feței dorsale a limbii, înaintea V-ului lingual, sub forma unei plăci romboide sau ovalare, roșie, netedă, uneori opalină, ușor leucokeratozică sau mamelonată. Este nedureroasă, benignă și de natură necunoscută; Brocq o consideră de origine nevică; medicația nu dă rezultate;

— *glosita Hunter,* reprezentată de o mucoasă palidă, dureroasă, limba fiind netedă, depapilată, uscată, ușor atrofică, fie în totalitatea ei sau în jumătatea anterioară a dosului limbii, apare în anemia pernicioasă. Hemograma arată anemie hipercromă megacariocitară. Tratamentul se adresează în primul rînd anemiei.

Glosite depapilate se întîlnesc și în anemii hipocrome cu achilie, cu globule roșii în număr aproape normal, dar cu scădere mare a hemoglobinei. Carbonatul de fier per os, în general medicațiile cu bază de hemoglobină și fier ameliorează rapid glositele.

Scanned with OKEN Scanner

Glosita scleroasă superficială reprezentată de insule ovalare, depapilate, roșii sau ușor opaline, netede, indurate, superficial, dispuse longitudinal, în benzi pe părțile laterale ale limbii. Apanaj al sifilisului terțiar a fost descrisă și în lichen plan.

Limba plicaturată sau scrotală, malformație congenitală, prezintă șanțuri pronunțate, care dau aspect ridat limbii asemănător cu cel al scrotului.

Macroglosia este tot o malformație congenitală, care poate fi găsită în amiloidoză, idiotie mongoloidă, sindrom Melkersson-Rosenthal sau apanajul unui hemangiolimfangiom.

Limba mai este sediul unor afecțiuni eritematoase, erozive, ulceroase, papuloase, cu tuberculi sau gome, proliferative, care au fost descrise în capitolele anterioare.

STOMATITE. Inflamații acute ale mucoasei bucale, produse de cauze variate, locale sau generale, dar de natură aproape întotdeauna infecțioasă, stomatitele realizează mai multe aspecte clinice:

— *stomatita catarală* se manifestă prin mucoasă roșie, tumefiată și dureroasă observîndu-se uneori amprenta dinților;

— *stomatita impetiginoasă* se caracterizează prin pete difteroide dispuse pe gingii și fața internă a obrajilor alături de eroziuni ale rebordului gingival; întîlnim această formă clinică la copii asociată cu un impetigo al feței;

— *stomatita ulcero-membranoasă* prezintă mai multe ulcerații sîngerînde, așezate pe o mucoasă roșie și edematiată, la baza dinților și pe mucoasa jugală, acoperite de un depozit cenușiu. Ganglionii submaxilari și preauriculari sînt tumefiați și dureroși; stomatita se însoțește de disfagie, fetiditate, salivație, febră și se poate complica cu osteo-periostită;

— *stomatita gangrenoasă (noma),* formă clinică foarte rară, apărînd la copil, se manifestă prin ulcerații necrotice, gri-negricioase, care devin sfacelice, înconjurate de edem considerabil și dur, ulcerațiile degajă un miros foarte fetid și au tendința de a perfora obrazul. În această formă clinică, ca și în cea ulcero-membranoasă s-a evidențiat existența asocierii fuzo-spirilare;

— *stomatita medicamentoasă* privește *stomatita bismutică* recunoscută după lizereu albăstrui gingival, *stomatita penicilinică* se manifestă, rareori, prin leziuni buloase;

— *stomatita alimentară* (la tomate, ciocolată, portocale, nuci, ouă, condimente), se anunță prin arsuri, înțepături ale mucoasei bucale;

Scanned with OKEN Scanner

— *stomatita cu levuri* este reprezentată de *muguet (mărgăritărel)*, mai ales la copii debilitați, sub forma unor depozite albicioase cremoase, de mărimea unor boabe de linte; confluarea acestor pete albicioase pe întreaga mucoasă bucală realizează stomatita cu levuri, care apare după utilizarea antibioticelor cu spectru larg.

În cavitatea bucală mai întîlnim *limba neagră piloasă*, caracterizată prin coloratie brună a extremității papilelor filiforme hipertrofiate, cu aspect de limbă păroasă; are evoluție lungă, cu remisiuni și exacerbări legate de medicație (antibiotice), alimentație (ciocolată, produse zaharoase și de cofetărie).

Tratamentul în stomatitele infecțioase se face cu antibiotice, vitamine C, B_2, antihistaminice, tranchilizante, cortizon, iar local soluții slab antiseptice, badijonări cu soluție albastru de metilen 1%, soluție de nitrat de argint 1%, glicerină boraxată 10%. În stomatitele medicamentoase și alimentare evitarea factorilor incriminați, desensibilizare nespecifică, antihistaminice și același tratament local. În afecțiunile levurice se administrează stamicină în doze de 3—6 tablete la copil și 6—12 tablete la adult pe zi, tablete fiind menținute cît mai mult pe limbă și local badijonat cu *Rp.* Stamicină 6 tablete, borax 3 g, glicerină 30 g; gargară cu bicarbonat de sodiu 20‰.

Xerostomia sau starea de gură uscată se întîlnește în avitaminoze (A, C, B_2, B_6 și PP), la bolnavi cu tulburări dispeptice, cu hipoclorhidrie, cu uremie. Tratamentul prescrie vitaminele considerate carențiale, corectarea celorlalte tulburări, iar local badijonaj cu vitamina A uleioasă.

AFTE BUCALE. Leziuni banale, care debutează prin vezicule foarte efemere transformate în ulcerații superficiale, rotunde sau ovalare, acoperite de un depozit gălbui și înconjurate de un halou inflamator roșu viu; leziunile sînt dureroase, jenează vorbirea și alimentația, recidivează ușor, nu sînt contagioase și evoluează rapid spre vindecare fără a lăsa cicatrice. Aftele gigante, necrozante și mutilante, care pot produce distrugeri importante, pun probleme deosebite de diagnostic; în opoziție cu acestea aftele pot fi mici — afte miliare — foarte superficiale. Aftele pot interesa și mucoasele genitale, realizînd aftele bipolare cînd sînt asociate cu cele bucale; aftele genitale întîlnite la bărbați pot antrena apariția unei balanite difuze sau pustulo-ulceroasă ori o uretrită pseudo-gonococică; ele sînt totuși mai frecvente la femei, realizînd leziuni de aspectul ulcerului acut Lipschütz. Etiologia nu este încă bine precizată, dar

Scanned with OKEN Scanner

se crede că este de natură virală. Tratamentul se face cu Vitamina C și B_6 în cure prelungite și hidroxiclorochin la care se mai adaugă tranchilizante, gamaglobuline, lisozim, iar local soluție de nitrat de argint 3%, albastru metilen 1%, atingeri cu soluție hidrocortizon 1%, gargară cu soluție hidrocortizon 250 mg la 1 000 de ser fiziologic.

LOCALIZĂRI BUCALE ALE UNOR DERMATOZE. În afară de afecțiunile descrise mai sus, mai notăm localizări pe mucoasa bucală ale unor dermatoze :

— **pe buze** șancrul sifilitic este hipertrofic sau crustos, așezat pe o bază indurată pseudotumorală cu adenopatie suprahiodiană indurată dar nedureroasă. Epiteliomul spinocelular survine pe o arsură (țigară) sau pe leucoplazie ;

— **pe limbă** șancrul sifilitic este eroziv, ulceros, difteroid, fisurar ; în sifilisul secundar pot apare sifilide erozive, opaline, difteroide, uneori papuloase ; ulceroase ; în sifilisul terțiar întîlnim glosită gomoasă glosită gomoasă ulcerată, glosită sclerogomoasă, leucoplazie. Ulcerul și goma tuberculoasă, epiteliomul spinocelular sînt mai rare. Limba piloasă, în afară de cea de natură levurică, poate fi întîlnită în acantozis nigricans, maladia Darier sau poate fi chiar de natură neprecizată. Tumorile benigne ale limbii sînt fibroame, lipoame, papiloame, kiste, limfangioame ;

— **pe restul mucoasei bucale,** interesînd uneori limba și buzele se pot localiza : șancru sifilitic, leziuni secundare sifilitice, herpes bucal, eroziuni postbuloase (în pemfigus, eritem polimorf, toxidermii buloase) ; lichen plan, lupus eritematos, leucoplazie și eritroplazie, aftoza ; ulcerații traumatice și infecțioase. Perforații ale vălului sînt întotdeauna secundare unei gome, iar cele ale palatului unei osteite ale foselor nazale.

BOLI ALE MUCOASEI GENITALE FEMININE

Vulvovaginita trichomonazică reprezintă astăzi o morbiditate ridicată, însoțită de uretrita cu trichomonas, caracterizată printr-o secreție spumoasă și rău mirositoare, în care, la examenul direct, se găsește protozoarul mobil. Vulva este roșie, edematială iar vaginul și chiar colul uterin de asemenea edematiați. Afecțiunea este rebelă, contagioasă și tratamentul trebuie făcut și partenerului ; el constă din administrarea de metronidazol 3 tablete pe zi, timp de 10 zile atît la femei cît și la bărbat, iar la femei în plus introducerea de tablete vaginale de metronidazol de 500 mg, umezite, seara în

Scanned with OKEN Scanner

vagin și spălături dimineața cu septovag, aceeași perioadă de timp ca și tratamentul per os. Se mai poate utiliza flagilul și simplotanul.

Vulvovaginita candidozică este tot așa de frecventă ca și cea trichomonazică, dar este depistată mai greu, ea fiind la originea a numeroase pruriturl vulvare, iritații și chiar dureri locale, care fac dificile raporturile sexuale. Apare la diabetice, în graviditate, după tratamente hormonale (cu estrogeni), după folosirea anticoncepționelor, utilizarea de antibiotice cu spectru larg; se asociază uneori cu vulvovaginita trichomonazică și cu cea gonococică sau le urmează acestora. Ea este cauza contaminării sugarului și sursa mugetului. Se manifestă printr-o secreție albicioasă, cremoasă și chiar brînzoasă, cu eritem pruriginos, mucoasă erodată și de foarte multe ori și prin leziuni de intertrigo în plicile învecinate. Tratamentul se face introducînd dimineața și seara ovule cu stamicină, irigații cu bicarbonat de sodiu 20‰, alternînd cu irigații cu acid boric 5‰ iar în exterior badijonaje cu soluție alcoolică de nipagin 1%, soluție Castellani și aplicații de locacorten vioform sau nidoflor. Se mai pot utiliza ovule cu hiposulfit de natriu 20% introduse simultan cu ovule cu acid lactic 5%. General se administrează vitamină B complex în injecții i.m., una pe zi, timp de 10 zile.

Vulvovaginitele infecțioase sînt procese secundare unor uretrite (gonococice), metrite, dermite microbiene. Mai pot fi produse mai rar de colibacili, enterococ, TBC și de floră polimorfă. Vulvovaginita produsă de infecția gonococică este cea mai frecventă și pe lîngă eritemul, edemul vulvar și vaginal se întîlnesc eroziuni, secreție purulentă galben-verzuie și dermită pe fața internă a coapselor. Tratamentul se face cu antibiotice, spălături antiseptice locale.

Șancrul sifilitic se manifestă sub forma de șancru pitic dispus în faldurile mucoasei, eroziv sau ulceros, hipertrofic pe colul uterin, difteroid în localizările pe vagin unde este excepțional. Șancrul sifilitic determină pe vulvă un edem dur, caracteristic.

Șancrul moale apare prin ulcerații cu secreții purulente, decolorate, ușor reliefate marginal, dureroase, adenopatia la femei fiind rară, ca dealtfel și afecțiunea.

Ulcerul adenogen din maladia Nicolas Favre este foarte rar la femei, ca și manifestările inghinale ale bolii; boala Nicolas Favre și șancrul moale vor fi descrise mai amănunțit în capitolul următor (bolile mucoasei genitale la bărbați).

Sifilide secundare erozive, papuloase, papulo-erozive, papuloase mari hipertrofice (condiloma lata) sînt frecvente și în număr mare, foarte contagioase.

Scanned with OKEN Scanner

Vegetațiile veneriene (papilomatoză genitală, condiloame acuminate) sînt contagioase și autoinoculabile, produse de un virus filtrabil, apariția lor fiind favorizată de iritații locale, macerații și secreții (blenoragia, trichomoniază). Debutează sub forma unor mici excrescențe roze, filiforme, care cresc și iau aspectul de creastă de cocoș, iar altele confluează luînd înfățișarea de conopidă, de consistență moale, gîtuite la bază. Aceste vegetații sînt nedureroase, iar cînd sînt voluminoase, din cauza secrețiilor se macerează și produc un miros fetid. Se localizează pe vulvă, perigenital, anal și perianal, pătrund în vagin. Vegetațiile veneriene sînt ușor deosebite de sifilidele hipertrofice (condiloma lata) prin faptul că suprafața lor este neregulată, cu aspect de creastă de cocoș sau conopidiformă, au consistență moale, nu fac adenopatii.

Tratamentul recomandă chiuretarea lor, electrocoagularea sau ambele metode sub anestezie locală și aplicații apoi de unguent Miculics și soluție de cristal violet 1%. Vom prescrie terapia necesară îndepărtării factorilor favorizanți (blenoragie, trichomoniază).

Kraurozis vulvar, afecțiune rară, debutează la labiile mici, mucoasa roză ia o colorație palidă, gri-gălbuie, devine uscată, netedă, lucitoare și atrofică. Pe această mucoasă mai găsim pete mici telangiectazice. Labiile mici sînt foarte mult reduse. Cu timpul apar retracția și scleroza, semne esențiale ale adevăratului kraurozis. Labiile mici se șterg ca și clitorisul, inelul vulvar se retractă, procesul se extinde și la labiile mari, iar raporturile sexuale sînt dureroase și devin imposibile. Afecțiunea este depistată de medic, de cele mai multe ori, datorită pruritului foarte pronunțat pentru care bolnavele se prezintă la consultație. Afecțiunea este considerată ca un lichen sclero-atrofic, iar de alții ca stări secundare acestei afecțiuni sau sclerodermiei, lichenificărilor și leucoplaziei.

Etiologia aduce în discuție mai mulți factori: hormonali (carență estrogenică), neurovegetativi, inflamații locale. Tratamentul se face cu estrogeni parenteral și local în pomezi cu estrogeni, cortizon, vitamine A, E, neurosedative, iar local pomezi și creme cu cortizon, băi de permanganat de potasiu, coloranți.

La nivelul mucoasei genitale feminine mai putem întîlni estiomen (ulcerații cronice vegetante cu elefantiazis vulvar), aftoză vulvară, maladia Bowen și Paget, șancrul tuberculos, melanom malign, epiteliom spinocelular ulcerovegetant, leukeratoze, (lichen plan, leucoplazie, lichenificări), granulom eozinofilic cu posibilități de a întîlni și alte manifestări ale histiocitozei X, cutanate sau osoase.

Scanned with OKEN Scanner

BOLI ALE MUCOASEI GENITALE MASCULINE

SIFILISUL PRIMAR. Apare după o incubație de 3 săptămîni sub forma unei eroziuni rotunde, superficială, care în cîteva zile devine o exulcerație, foarte regulată, rotundă sau ovalară, cu diametrul de 10—15 mm, de culoare roză sau roșie, netedă, curată, cu marginile la nivelul pielii normale. Indurația lamelară sau nodulară se percepe palpînd exulcerația între două degete, semn foarte important. Leziunea nu este dureroasă și nici inflamatorie. Șancrul sifilitic este de obicei unic, mai rar multiplu, simultan sau succesiv. Adenopatia însoțește întotdeauna sifilomul ca umbra pe om; apare la o săptămînă după șancru, iar ganglionii sînt duri, mobili, fără periadenită; ganglionii sînt inegali, realizînd aspectul de cloșcă cu pui; nu sînt inflamatori și nici dureroși. Cîteodată întîlnim și o limfangită, pe fața dorsală a penisului, neinflamatorie și nedureroasă, dură, sub forma unui cordon, care merge de la șancru la adenopatie.

Șancrul sifilitic îmbracă foarte multe forme: poate fi mic, pitic, fisurar (ragadiform), gigant, ulceros, în foaie de carte, difteroid, crustos, hipertrofic, în rachetă.

Menționăm că uneori șancrul sifilitic lipsește (sifilis decapitat) cînd infecția se produce cu un număr mic de treponeme (sifilis transcutanat sau transmucos), în transfuzii și în sifilisul congenital.

Complicațiile șancrului sifilitic la bărbat sînt: fimoza — imposibilitatea de a decalota glandul; parafimoza — imposibilitatea ca glandul decalotat să fie reacoperit de prepuț; mai rar survine fagedenismul și gangrena.

Diagnostic. Orice eroziune apărută la organele genitale trebuie suspectată de sifilom primar și trebuie practicată ultramicroscopia și seroreacția pentru sifilis, ținînd seama că seroreacția se pozitivează numai după 3 săptămîni de la apariția sifilomului sau la 6 săptămîni de la contactul infectant.

Bolnavii cu sifilis trebuie internați în cel mai apropiat staționar, tratamentul fiind obligatoriu și gratuit, și conform schemei Ministerului Sănătății.

SIFILIS SECUNDAR. Survine la 6 săptămîni de la apariția șancrului primar sau la 9 săptămîni de la contactul infectant și durează 3 ani; în acest timp infecția sifilitică se manifestă la nivelul tegumentelor și mucoaselor, anexelor pielii (păr și unghii), precum și al organelor interne. Leziunile sînt variate, multiple, generalizate, explozive, superficiale, rezolutive și sînt foarte infecțioase; ele se însoțesc de simptome generale — cefalee mai ales noc-

Scanned with OKEN Scanner

turne, dureri de tip nevralgic, dureri osteocope, febră, polimicroadenopatie generalizată. Seroreacțiile pentru sifilis sînt intens pozitive. Leziunile pot fi de primă izbucnire — sifilidele eritematoase (rozeola sifilitică) — sau de recidivă (papuloase cu varietățile lor; ulceroase și pigmentare), cu perioade de latență clinică (fără manifestări cutano-mucoase).

La organele genitale masculine putem întîlni:

— *sifilide eritematoase* mici, ovalare, netede, nedureroase;

— *sifilide papuloase* simple sau erozive, alteori hipertrofice, foarte contagioase, cu un număr mare de treponeme;

— *sifilidele erozive* alcătuiesc plăci mucoase roșii, uneori difteroide, rotunde, cu diametrul de 10 mm, nedureroase, cu foarte multe treponeme;

— *sifilide papulo-erozive* și mai rar;

— *sifilide ulceroase* rotunde sau de tip fisurar.

HERPES GENITAL. Debutează cu vezicule care se transformă rapid în eroziuni superficiale, grupate în buchet; sînt rotunde, marginile nete, înconjurate de un lizereu fin roșu. Confluează și realizează plăci policiclice, neindurate, dureroase, în mod obișnuit fără adenopatie, dar în formele mai intense putem găsi ganglioni sensibili sau net inflamatori. Vindecarea se face destul de rapid. În unele cazuri diagnosticul diferențial cu sifilisul este dificil.

Tratamentul se face cu vitamina C și local badijonaje cu soluție cristal violet 1%, soluție hidro-alcoolică de tanin 5%.

LEZIUNI ERITEMATOASE ȘI SCUAMOASE

— *eriteme de cauză externă*, difuze, slab delimitate, pruriginoase, dureroase, constituind un stadiu începînd al unei balanite. Sînt produse de detergenți, țesăturile chiloților de baie, pijamale, prezervative, ovule, anticoncepționale, hiperalcalinitate sau hiperaciditate vaginală; uneori după antipirină, piramidon, bromuri administrate per os;

— *psoriazisul* glandului are un caracter cronic și se manifestă prin pete eritematoase bine delimitate, neinfiltrate și nedureroase, acoperite de o peliculă scuamoasă transparentă evidențiată la grataj cu chiureta;

— *eritroplazie Queyrat*, observată pe gland, șanțul balano-prepuțial, mai rar pe vulvă, se traduce prin pată roșie vie, bine delimitată cu diametrul de 10—30—50 mm, cu suprafața plană, netedă, nezemuindă, neerozivă și fără scuame, neindurată și nedureroasă; după cîteva luni sau cîțiva ani placa devine reliefată cu 1—2 mm

Scanned with OKEN Scanner

față de mucoasa sănătoasă din jur, separată de un burelet. Transformarea într-un epiteliom spinocelular este anunțată de apariția unei formațiuni vegetante, a unei ulcerații cu sîngerare, însoțite de îndurație. Tratamentul eritroplaziei, considerată ca formă mucoasă a maladiei Bowen, se face prin electrocoagulare, radioterapie, radiumterapie în formele infiltrate, iar în cancerul declarat ablație chirurgicală pînă la amputație și evidare ganglionară.

LEZIUNI PAPULOASE. Scabia determină pe gland și teaca penisului papule, papulo-pustule crustoase, altele papulo-scuamoase; lichenul plan este reprezentat de papule mari, deprimate central, sau papule mici dispuse în plăci circinate sau anulare; tuberculidele glandului sînt foarte rar întîlnite și ele apar sub formă de leziuni papulo-necrotice, care determină cicatrice ștanțate.

BALANITE. Sînt afecțiuni erozive și zemuinde, inflamații acute sau subacute. Pot fi:

— *balanite infecțioase* traduse prin leziuni erozive și zemuinde, bine sau slab delimitate, însoțite de edem și uneori de adenopatie; sînt secundare unor uretrite gonococice, trichomonazice, cu colibacili, piogeni sau incluziuni virale;

— *balanitele cu candida albicans (levurice)* survin la diabetici, după antibiotice cu spectru larg, prin raporturi sexuale infectante; se manifestă prin leziuni erozive, mărginite de un guleraș periferic, avînd pe suprafața lor un depozit albicios, cremos. Sînt foarte pruriginoase. Tratamentul se face cu soluție Castellani, pomadă locacorten vioform, nidoflor sau unguent cu stamicină după formula *Rp.* Stamicină 6 tablete, lanolină și tween aa 15 g;

— *balanita erozivă circinată* debutează cu un eritem pruriginos cu eroziuni dispus pe gland în apropierea șanțului balanoprepuțial după care, mai ales la bolnavii cu un prepuț lung, orificiul prepuțial se edematiază și prin el se scurge un puroi galben-verzui, ca în blenoragie; se însoțește adesea de fimoză, de dureri, uneori de limfangită și adenopatie. Tratamentul se face cu badijonaj de soluție de nitrat de argint 5%, repetat la 2—3 zile, cristal violet 1% și apoi pomezi cu antibiotice;

— *balanita ulcero-membranoasă* se caracterizează prin ulcerații foarte dureroase, acoperite de pseudo-membrane gri, pustule; se datorește asociației fuzo-spirilare și solicită ca tratament băi antiseptice, pudră dermatol, antibiotice pe cale generală.

Scanned with OKEN Scanner

EROZIUNI TRAUMATICE. Apar în urma unui raport sexual sub forma de eroziuni liniare, sîngerînde, neindurate și dureroase; se vindecă destul de rapid. Uneori este necesară diferențierea lor de sifilomul primar.

ȘANCRU MOALE. Afecțiune venerianã, mult mai frecventă la bărbat decît la femeie, este produsă de bacilul Ducrey și apare după o incubație de 1—3 zile sub forma unei pustulete rapid transformate într-o ulcerație, adesea profundă, cu diametrul de 5—15 mm. Suprafața ulcerației este acoperită de secreție purulentă, marginile sînt neregulate și decolate. Ulcerația prezintă puncte hemoragice care sîngerează ușor; este dureroasă. Șancrul moale are o bază moale, edematoasă de unde îi vine și numele. În 30% din cazuri șancrul moale se însoțește de adenopatie, care apare după 2 săptămîni; este unilaterală, monoganglionară, inflamatorie și dureroasă cu evoluție spre supurație și fistulizare.

Tratamentul se face cu streptomicină, sulfamide și penicilină pe cale generală, iar local dermatol, iodoform sau pudră de sulfamide.

MALADIA NICOLAS-FAVRE (limfogranulomatoză inghinală benignă subacută). Este produsă de un virus specific, cu o incubație de 10—25 zile, sub forma unui șancru de inoculare (ulcer adenogen) pe mucoasa genitală masculină, excepțional pe mucoasa vulvară. Ulcerul adenogen este în mod obișnuit mic și fugace, dispărînd în cîteva zile, cîteodată mai mare, cu aspect uneori de șancru moale, iar alteori de șancru tare. Adenopatia este întotdeauna unilaterală, frecvent inghinală, mai rar crurală, dură, care se ramolește apoi. Pielea devine roșie, se prind mai mulți ganglioni, apare proces de periadenită și în lipsa tratamentului se deschid numeroase fistule, cu scurgerea unui puroi galben vîscos la început și seros, filant apoi. Adenopatia interesează adesea și ganglionii iliaci care nu fistulizează. Reacția Frei are o foarte mare valoare; ea devine pozitivă din a 10—25 zi de boală și poate fi pozitivă mulți ani. Reacția Frei se execută intradermic cu 0,2 ml antigen și este pozitivă, cînd apare o placă eritematopapuloasă sau papulonodulară, care persistă mai multe zile.

Tratamentul se face cu sulfamide, antibiotice cu spectru larg (tetraciclină, teramicină, spiramicină), deschiderea și drenarea fistulelor cu aplicații locale de dermatol sau sulfamide, și numai în cazuri în care nu obținem rezultate cu terapia expusă mai sus apelăm la radioterapie sau la ablație chirurgicală, din cauza riscului de a determina instalarea limfedemului membrului inferior respectiv.

Scanned with OKEN Scanner

EPITELIOM SPINOCELULAR. Localizat la nivelul penisului are o evoluție gravă din cauza tendinței invadante, a producerii de metastaze ganglionare și la distanță și a dificultății tratamentului. Are o morbiditate mai mare la asiatici, este mai rar la circumcișI și iradiațiile ionizante îi favorizează apariția (atenție la utilizarea radioterapiei în induratia penis plastica). De multe ori este secundar unei eritroplazii sau unei maladii Paget.

Epiteliomul, la început, este reprezentat de o ulcerație infiltrată, fără adenopatie, după care burjonează, se extinde în profunzime invadînd uneori uretra, corpii cavernoși; apare adenopatie inghinală, cu timpul sînt prinși ganglionii retro-crurali, abdominali, lombari și chiar metastaze în diverse organe (plămîni, os). Tratamentul se face prin electrocoagulare, radioterapie, curieterapie, excizie chirurgicală. În cazuri avansate amputația urmată de plastie.

VEGETAȚII VENERIENE. Sînt mici formațiuni filiforme sau proliferări cu aspect de creastă de cocoș ori conopidiforme, care se localizează în șanțul balano-prepuțial, gland, teaca penisului și în jurul organelor genitale. Contaminarea este aproape de origine sexuală, iar durata incubației este de la 11—42 zile; vegetațiile veneriene sînt mai rar întîlnite la circumcișI. Tratamentul se face prin chiuretare, electrocoagulare sau ambele metode asociate, iar local soluție cristal violet după îndepărtarea lor.

CONDILOMATOZĂ GIGANTĂ (Büschke-Lowenstein). Debutează sub formă de condiloame acuminate banale, se localizează mai ales la extremitatea distală a penisului și se transformă destul de rapid într-o masă voluminoasă, întinsă în suprafață, boselată, mai mult verucoasă decît ulceroasă, cu indurații profunde. Pot invada corpii cavernoși, uretra, provocînd fistule, ulcerații și dureri mari. Diagnosticul clinic și chiar histopatologic este dificil cu epiteliomul spinocelular. Tratamentul trebuie făcut cît mai precoce prin electrocoagulare sau ablație chirugicală și bolnavul dispensarizat.

SCLEROATROFIE BALANO-PREPUȚIALĂ. Se traduce printr-o sclerozâ progresivă a inelului prepuțial, o stare atrofică, leucodermică a mucoasei glandului și îngustare a orificiului uretral; aceste modificări survin mai ales în cursul unei sclerodermii, lichen plan sau lichen scleroatrofic, după balanite repetate, uneori fiind de origine endocriniană prin „involuție senilă". Tratamentul se face prin masaje bicotidiene ale inelului prepuțial cu o pomadă corti-

Scanned with OKEN Scanner

zonică timp de mai multe luni; injecții cu testosteron — 2—3 pe săptămînă timp de 5 săptămîni; tratament chirurgical (circumcizie).

SINDROM FIESSINGER-LEROY (sindrom Reiter). Afecțiune întîlnită mai ales la bărbați — 93%, față de numai 7% la femei, debutează prin sindrom enteritic (diaree banală sau dizenterie), uretrită banală sau conținînd coci banali la cîteva zile după apariția diareei; după uretrită la 2—10 zile survine conjunctivită cu roșeață intensă, bilaterală, fotofobie, secreție seroasă sau purulentă și adenopatie pretragiană. După uretrită și conjunctivită uneori, chiar după ani, apar artrite; aceste artrite pot preceda uneori celelalte semne descrise.

Leziunile cutaneomucoase pot fi acute (herpes, balanită, tablou de ectodermoză erozivă pluriorificială) sau cronice (keratodermie palmoplantară cu aspect de conuri cornoase sau de keratoame, leziuni psoriaziforme uscate sau pustuloase; alteori aspect de parakeratoze, candidoze; în pielea capului de pitiriazis steotoid, dermită seboreică sau lupus eritematos; la unghii onixis și perionis). Pe mucoase se pot întîlni leziuni herpetiforme, aftoide, erozive, ulceroase și chiar hemoragice dispuse mai ales în cavitatea bucală, fața internă a obrajilor, pe buze, balanita perimeatică. Etiopatogenia nu este precizată; există teorii microbiene și virale. Tratamentul recomandă antibiotice, sulfamide, piretoterapie, antipaludice de sinteză; cortizonul asociat antibioterapiei a ameliorat prognosticul. În artropatii tratamentul trebuie completat cu injecții intraarticulare de volon, fizio și mecanoterapie.

INDURAȚIE PENIS PLASTICA. Afecțiune cronică, cu caracter benign, se caracterizează prin noduli fibroși dispuși median sau lateral, de cele mai multe ori sub formă alungită de-a lungul liniei mediane a organului masculin. La palpare se constată mase dure, bine delimitate, cu aspect de „gloanțe de revolver". Penisul se curbează, lateral sau în jos, fapt evidențiat mai ales în erecție, iar cu timpul raporturile sexuale devin imposibile. Se incriminează rolul eredității, infecțiile sifilitice sau Nicolas Favre. Tratamentul se face prin infiltrații cu volon, vitamina E în doze ridicate, ionizări cu iodură de potasiu, radioterapie cu prudență, ultrasunete.

URETRITELE

URETRITA GONOCOCICĂ (gonoreea, blenoragia) este o boală venerică, contagioasă, cu localizare inițială uretrală, produsă de gonococ, coc gram negativ, dispus în diplo, ca bobul de cafea, in-

Scanned with OKEN Scanner

traleucocitar în formele acute. Se transmite direct, prin raport sexual sau indirect prin lenjerie și obiecte de toaletă. Incubația variază între 36 ore și 5 zile, cu limită maximă de 10 zile.

Simptomatologie. La bărbat simptomatologia este mai zgomotoasă și se caracterizează prin meat congestionat, secreție purulentă galben-verzuie, dureri la micțiuni, polakiurie. În frotiu se găsesc numeroase polinucleare și gonococi intracelulari și extracelulari. Pot surveni complicații, ca: edem prepuțial, balanopostită, fimoză și parafimoză. Dacă nu se intervine cu antibiotice infecția se propagă la uretra posterioară; secreția diminuă, micțiunile devin mai frecvente și se însoțesc de tenesme și hematurie terminală.

La femeie infecția prinde uretra și colul uterin *(uretrocervicită)*, cu simptomatologie uretrală asemănătoare bărbatului; colul uterin este și el edemațiat, roșu, prezintă secreție purulentă. De cele mai multe ori blenoragia trece neobservată la femeie. Complicațiile sînt: bartolinita, cistita, metrită, parametrită, salpingita, pelviperitonita.

La fetițe uretrita se asociază cu inflamația vulvei și vaginului realizînd *uretro-vulvovaginita*; vulva devine roșie, edemațiată, din vagin se scurge o secreție galben-verzuie, care pătează lenjeria. Fetițele acuză dureri, usturimi și arsuri locale. Uretro-vulvovaginita se poate complica cu anorectită gonococică.

Diagnosticul se fixează pe simptomatologia clinică și în mod obligatoriu și pe examinări de laborator. Recoltarea produsului patologic se face înainte de micțiune, cu o ansă sterilă, din fosa naviculară la bărbat, din uretră și orificiul colului uterin la femeie. Frotiurile se colorează cu albastru de metilen și coloratia Gram. În formele asimptomatice și în uretritele femeilor este necesară efectuarea de culturi pe medii selective.

Tratamentul de elecție se face cu penicilină. La bărbat se administrează 1 200 000 u. efitard într-o singură injecție, și se continuă la intervale de 24 ore, timp de 5 zile. În caz că persistă secreția uretrală se face antibiograma. Se mai pot prescrie: tetraciclină 2 g pe zi timp de 5 zile, ampicilină 1,5 g pe zi, kanamicină 1—2 g în două prize, sinerdol (rifampicină, rifadin) 1 200—1 500 mg/zi, fiecare în parte, timp de 5 zile. Megacilina se poate prescrie 3—4 Mu/zi timp de 3—5 zile. Probenicid (comprimate a 500 mg) 4 tablete pe zi, avînd calitatea de a inhiba eliminarea antibioticului, asociat la penicilină dă rezultate foarte bune. La tratamentul cu antibiotice se mai poate asocia piretoterapie cu vaccin antigonococic, polimicrobian (Delbet). La femeie efitardul se va administra 1 200 000 u/zi, într-o singură injecție la 24 ore interval timp de 7 zile

Scanned with OKEN Scanner

asociat cu spălături vaginale. La femeile gravide tratamentul se va face cu penicilină cristalizată 1 200 000 u/zi timp de 7 zile. În cazul persistenței gonococului, după acest tratament se poate administra ampicilină 1—2 g, pe zi, timp de 7 zile, sinerdol (rifampicină) 1 200—1 500 mg/zi, timp de 4—5 zile, eritromicină propionil 1,5—2 g pe zi 6—7 zile. În vulvovaginitele infantile tratamentul se începe cu injectarea a 5 000 u. (0,5 ml) ginosedol sau sintofolin i.m. După 24 ore se începe administrarea de penicilină cristalină 400 000 u la 6 ore (1 600 000) timp de 5—7 zile. Injecțiile cu sintofolin se repetă la 2 zile, făcîndu-se în total 3 injecții. Se asociază spălături externe. În blenoragiile complicate este necesară asocierea de prednizon 30—40 mg, timp de 5—10 zile sau fenilbutazonă. Trobicin 2 g la bărbat și 4 g la femeie într-o singură injecție dă rezultate foarte bune.

URETRITELE NEGONOCOCICE. Uretritele negonococice sînt inflamații ale mucoasei uretrale produse de bacterii, inframicrobi, paraziți, alergene, traumatisme, cu excluderea gonococului. Ele pot fi:

Uretritele microbiene reprezintă 45% din totalul celor negonococice și pot fi produse de stafilococ alb, streptococ, enterococ, colibacil, proteus, hemophilus vaginalis. Se manifestă prin secreție matinală, sub formă de picătură sau secreție purulentă permanentă, iar subiectiv prurit de-a lungul uretrei și jenă la micțiune. Se pot complica cu prostatită, epididimită și cistită. Tratamentul se face în funcție de rezultatul antibiogramei, efectul cel mai bun avîndu-l tetraciclinele și sulfamidele.

Uretrite cu inframicrobi (virotice sau incluzii). Se caracterizează prin absența florei microbiene și prezența unor incluziuni în celule epiteliale uretrale, evidențiate pe frotiuri colorate cu Giemsa. Virusurile sînt Chlamidozon oculogenitale (din grupa pararickettsiilor) și P.P.L.O. (pleuropneumonia like organism — mycoplasma hominis), agent care ocupă o poziție intermediară între bacterii și virusuri. Tratamentul se face cu tetraciclină și sulfamide depozit. Tetraciclina se administrează 1,5—2 g pe zi, timp de 5 zile apoi sulfamidele de tip sulfametin (dulana) o zi, 2 tablete și încă 6 zile cîte o tabletă pe zi.

Uretrite cu paraziți:

Uretrita cu candida, frecventă la femei, mai rară la bărbați, se asociază unei vulvovaginite și se manifestă prin secreție abundentă, prurit. Transmiterea la bărbați se face de către partenerele cu candidoză vaginală. Tratamentul se face cu ovule cu stamicină, micostatin, ovule cu hiposulfit de sodiu 20%, introduse odată cu

ovule cu acid lactic 5%, irigații vaginale cu bicarbonat de sodiu 20‰. Se mai poate utiliza canesten general și local.

Uretrita trichomonazică, foarte frecventă la femei, mai rară la bărbat, se manifestă prin secreție discretă, dar de cele mai multe ori prin secreție abundentă, aerată. Diagnosticul se fixează pe existența parazitului, prin examen direct, care apare ovoid, mobil datorită a 3—5 flageli. Tratamentul se face cu metronidazol 250 mg, 3 tablete pe zi — 10 zile, metronidazol 500 mg în tablete vaginale umectate și introduse seara în vagin, iar dimineața spălături cu septovag, un plic la un litru de apă caldă. Se mai pot utiliza flagyl, fasigyn și simplotan, primul 2 tablete pe zi 10 zile, iar celelalte 4 tablete pe zi în priză unică.

Menționăm că în aceste două uretrite este necesară tratarea și a partenerului sexual.

Uretritele alergice de natură medicamentoasă, alimentară sînt rezultatul unor procese alergice generale sau locale; sînt mai rar întîlnite și se caracterizează prin inflamații catarale ale mucoasei uretrale.

Uretritele traumatice apar după autoexprimarea frecventă a uretrei, manevre instrumentale, corpi străini cu o simptomatologie atenuată, care dispare după îndepărtarea cauzei.

PREVENIREA ȘI COMBATEREA BOLILOR VENERICE. Bolile venerice le putem împărți în majore (sifilisul, blenoragia, șancrul moale, limfogranulomatoza inghinală benignă (boala Nicolas-Favre)) și minore (uretritele negonococice, candidozele genitale, trichomoniaza, vegetațiile veneriene, herpesul genital, moluscum contagiosum, pediculoza pubiană, scabia etc.).

Măsuri preventive. Supravegherea epidemiologică a populației cuprinde totalitatea investigațiilor epidemiologice, clinice și de laborator. Examenul clinic antivenerian constă din inspecția tegumentelor, mucoaselor accesibile, palparea grupelor ganglionare și examenul organelor genitale. Persoanele suspecte de sifilis, precum și cele suspecte de alte boli transmise pe cale sexuală vor fi trimise la cabinetul dermatovenerian din dispensarul policlinic. Controlul serologic în cadrul supravegherii epidemiologice a populației constă din practicarea obligatorie a seroreacției de triaj VDRL.

Examenul medical în vederea angajării cuprinde examenul clinic și serologic.

Examenul medical prenuptial. Certificatul medical prenuptial se eliberează numai pe baza rezultatelor serologice, rezultate care au o valabilitate de două săptămîni, și a examenului medical.

Scanned with OKEN Scanner

Examenul medical periodic al gravidelor se face clinic o dată pe lună, iar serologic de două ori în timpul sarcinii (luna a III-a și a VIII-a).

Examenul medical de bilanț al elevilor din ultimul an de liceu și examenul medical la admitere în învățământul superior cuprind examinări clinice și serologice pentru depistarea bolilor transmise pe cale sexuală.

Examenul medical al donatorilor de sînge.

Controlul medical periodic antivenerian al unor categorii de persoane: personalul de servire din unitățile de alimentație publică și colectivă, din unitățile de găzduire publică și cazare colectivă, din creșe, cămine și leagăne de copii, grădinițe de copii, secțiile de obstetrică-ginecologie, secții de nou-născuți; personalul educativ, sanitar mediu, didactic din școli de toate categoriile, conducători profesioniști de autovehicule.

Controlul medical periodic antivenerian al persoanelor care constituie surse potențiale polivalente de boli venerice se referă la cele aparent sănătoase, care au avut în decurs de 2—3 luni contacte sexuale cu cinci sau mai mulți parteneri, precum și la persoanele comunicate de organele de miliție.

Controlul serologic antivenerian al tuturor bolnavilor internați în unitățile sanitare.

Educația sanitară antivenerianã a populației se axează pe modul de transmitere și manifestările de debut ale bolilor transmise pe cale sexuală, evoluția și complicațiile lor, cunoașterea și utilizarea mijloacelor profilactice antiveneriene, necesitatea și obligativitatea de a se trata, precum și importanța declarării sursei de infecție și a contacților sexuali.

Măsuri de combatere. Lupta în focar. Prin focar de boală transmisă pe cale sexuală se înțelege bolnavul veneric, sursa de infecție, precum și contacții săi sexuali și familiali. Medicii dermatovenerologi vor interna în mod obligatoriu în spital bolnavii suspecți de sifilis recent, sifilis congenital precoce, sifilis terțiar cu manifestări, șancru moale, limfogranulomatoză venerianã, bolnavii de sifilis în tratament, recalcitranți la tratament, bolnavii cu intoleranță la antibiotice obișnuite, sursele polivalente care nu urmează tratamentul în dispensar policlinică sau nu reacționează corespunzător la tratamentul ambulatoriu.

Orice medic care depistează un suspect de boală venerică majoră are obligația să-l comunice în scris și telefonic în 24 ore cabinetului dermatovenerian din dispensarul policlinic de domiciliu, care la rîndul său va începe în decurs de 24 ore de la anunțarea

cazului de boală venerianã majorã ancheta epidemiologicã pentru toți bolnavii depistați din teritoriu. Cabinetul dermatovenerian din dispensarul policlinic pe teritoriul căruia este depistat bolnavul va întocmi fișa de declarare nu mai tîrziu de 5 zile de la confirmarea diagnosticului. Păstrarea secretului profesional este obligatorie pentru întreg personalul care participă la efectuarea anchetei epidemiologice.

Sursa de infecții și contacții sexuali ai cazului de sifilis recent, găsiți bolnavi, vor fi internați și supuși tratamentului. Contacții sexuali, găsiți sănătoși, vor fi supuși tratamentului preventiv și vor fi supravegheați prin examene clinice și serologice, trimestrial, timp de un an. Contacții familiali ai bolnavilor de sifilis recent vor fi examinați clinic și serologic de 2 ori: la depistarea bolnavului și după 3 luni de la prima examinare.

Evidența bolnavilor de sifilis se ține în registru sau fișe speciale la cabinetul dermatovenerian și la nivelul dispensarului medical urban sau rural. Unitatea sanitară care tratează bolnavul comunică fiecare serie de tratament și rezultatul analizelor unității sanitare care are în evidență bolnavul.

Suspecții de boli venerice sînt persoanele cu semne clinice de suspiciune a unei boli venerice, cu antecedente familiale de sifilis în cazul sifilisului congenital, relații sexuale cu persoane confirmate cu boală venerică, examene de laborator cu rezultate pozitive sau dubioase, precum și persoanele aparent sănătoase declarate ca surse de infecție de către bolnavi confirmați.

(Material extras din Buletinul Ministerului Sănătății nr. 4/1979, capitolul: Măsuri de prevenire și combatere a bolilor transmise pe cale sexuală, anexa 2, p. 15—25.)

BOLI ALE MUCOASEI ANALE. Majoritatea lor au fost studiate în capitolele anterioare, motiv pentru care în acest cadru vom sublinia o serie de particularități. Astfel, *prurilul anal* are drept cauză mai frecventă infecția cu levuri, favorizată de antibioterapie și microbii banali (stafilococ, streptococ, proteus), uneori și hemoroizii. *Șancrul sifilitic* apare ca o fisură sau ca o carte deschisă, localizat în pliurile mucoasei, însoțit de indurație și adenopatie inghinală, survine ca o contaminare venerianã prin homosexualitate masculină. *Sifilidele anale* sînt vegetante sau de tip „condiloma lata". *Șancrul moale* anal este excepțional. *Anita gonococică* se caracterizează prin secreții purulente în care se găsește gonococul, dureri; această secreție poate provoca dermită eczematiformă perianală, edem, eroziuni, fisuri, leziuni pseudo-condilomatoase. *Vegetațiile*

veneriene se întîlnesc destul de frecvent în această regiune. *Tuberculoza cutanată*, în afara şancrului tuberculos care este excepţional în această regiune, pot fi întîlnite: Maladia Bowen, Paget şi epiteliomul spinocelular pot interesa mucoasa anală.

Sindromul Jersild (vulvo-ano-rectal), astăzi foarte rar, se datoreşte limfogranulomatozei Nicolas Favre, care afectînd treimea superioară şi posterioară a vaginului se propagă apoi la ganglionii pararectali Gerota şi la mucoasa rectală, producînd rectită proliferantă, ulcerată şi consecutiv stenoza rectului. Mai departe este prins anusul, unde apar proliferări condilomatoase ulcerate şi vulva care se hipertrofiază, devine elefantiazică realizînd estiomenul.

Supuraţii fesiere de tip noduli subcutanaţi, tumefacţii, chiste, abcese sau furuncule localizate pe fese sau regiunea ano-genitală, cu integritatea mucoasei ano-rectale, cu evoluţie trenantă, rezistentă la diverse terapii se întîlnesc în acnea conglobată şi hidrosadenite. Tratamentul se face cu antibiotice, funcţie de antibiogramă, anatoxine şi vaccinuri antistafilococice şi streptococice, exereză chirurgicală.

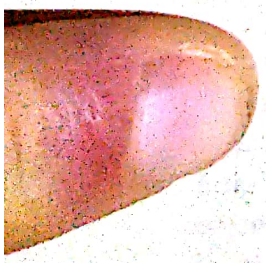
AMIBIAZĂ PERIANALĂ. Este o amibiază de propagare de la leziunile colonului sau rectului, care apare sub forma unui abces, furuncul, ulceraţie, cu senzaţii de arsură, prurit, durere. Ulcerul amibian poate lua, în cîteva zile, dimensiuni mari, burjonează, devine vegetant, realizînd un placard triungular cu vîrful superior; suprafaţa lui este papilomatoasă, formată din leziuni cu aspect de conopidă, separate de şanţuri ulcerate şi purulente. Orificiul anal, care ocupă centrul placardului, poate fi în întregime mascat de procesul vegetant. Diagnosticul este uşurat prin noţiunea de infecţie amibiană a pacientului cu domiciliu în regiune endemică şi punerea în evidenţă a entamoebei histolitica sau uneori tetragena, în examen direct sau pe cupe histologice. Tratamentul se face cu medicaţie antiparazitară: emetină intramuscular, derivaţi de oxichinoleină (enterovioform), hidroxiclorochin; la acestea se asociază antibiotice datorită suprainfecţiilor frecvente din amibiază cutanată, cît şi pentru acţiunea lor proprie amoebicidă. Local se aplică soluţii antiseptice, pioctanine, excizii şi grefe chirurgicale.

MALADIA CROHN PERIANALĂ. Maladia Crohn (ileita regională-terminală sau ileo-colită) se însoţeşte frecvent cu leziuni perianale; acestea pot fi eriteme perianale, cu tentă violacee, cu extindere în plicile genito-crurale, pe vulvă şi ulceraţii fisurare profunde ca veritabile tăieturi cu cuţitul, de cîţiva centimetri lun-

Scanned with OKEN Scanner

gime, leziunile acestea fiind cele mai evocatoare. Alteori putem întîlni simple fisuri, eroziuni, ulcerații, vegetații, fistule comunicante cu abcese ischio-rectale, supurații fesiere. Aceste leziuni sînt paradoxal nedureroase adesea, dar pot fi și foarte dureroase. Diagnosticul este ușurat de manifestările de ileo-colită : diaree, dureri intestinale, crize apendiculare, alterarea stării generale. Explorările chirurgicale descoperă într-un segment al tubului digestiv o zonă rigidă, boselată de numeroși noduli, cu invadarea mezenterului și ganglionilor. Tratamentul indicat este rezecția segmentului intestinal lezat.

GRANULOM GLUTEAL INFANTIL. Se caracterizează prin noduli localizați pe fese și partea proximală a feței interne a coapselor, simetric ; sînt de culoare roșie-brună sau albăstruie, rotunzi sau ovalari, fermi, de mărimea unor boabe de mazăre sau cireșe și chiar mai mari, care prin confluare formează plăci mari reliefate și neregulate. Leziunile sînt nedureroase și dispar spontan în cîteva luni ; ele pot simula angioame multiple și chiar reticuloză malignă (histiocitoză X) sau bromide. Afecțiunea s-ar datora bromurilor administrate per os sau local, corticoizilor fluorinați, candidei albicans, favorizate și de macerarea sub scutecele umede, chiloții de cauciuc, care permit și măresc pătrunderea pomezilor mai sus citate. Tratamentul recomandă întreruperea aplicațiilor locale a preparatelor incriminate și calmarea lor cu pastă cu apă, pudraj cu talc, linimentoleum zincat.



Scanned with OKEN Scanner

BOLI ALE PĂRULUI

ALOPECIILE. Alopeciile se caracterizează prin absența parțială sau totală a firelor de păr; pot fi congenitale și dobîndite sau alopecii în plăci, difuze sau totale.

Pelada (alopecie areata). Pelada, una din afecțiunile mai frecvent întîlnite în practică, este constituită din una sau mai multe plăci, rotunde, bine delimitate, cu evoluție excentrică, lipsite complet de fire de păr; plăcile au diametrul între 1—5 centimetri, sînt netede, albe, fără scuame, uneori lucitoare și se localizează în orice regiune a pielii capului și în barbă, mai rar în sprîncene. Pielea la nivelul peladei este laxă (hipotonă) cu porii dilatați; la marginea plăcii se găsesc peri peladici, fire de păr rupte, foarte scurte, foarte subțiate și decolorate la emergența lor, alături de fire de păr de aspect normal. Evoluția este variabilă, pe suprafața plăcii peladice apare un fin duvet (tulei), care se transformă în fire de păr fine decolorate și apoi devin normale. Durata acestei pelade benigne este de 4—10 luni; alteori însă plăcile sînt numeroase, survin succesiv, se extind și se poate transforma în pelada decalvantă.

Pelada decalvantă, totală, este rară și realizează o calviție completă cu persistența în unele zone de smocuri de păr izolate. Pielea capului este netedă, strălucitoare și foarte hipotonică; căderea părului se petrece și în barbă, sprîncene, gene, axile și regiunea genitală. Evoluția însumează cîțiva ani, iar refacerea părului rareori este completă, alteori alopecia poate fi definitivă.

Pelada ofiazică începe în regiunea cefei, se extinde simetric lateral, formînd o coroană periferică de 5—8 cm; este rebelă la tratament și poate duce la peladă decalvantă.

În etiopatogenie sînt incriminați factori emoționali, stări conflictuale și tulburări de caracter, dezechilibru endocrinian (hiperti-

roidism, deficiență hipofizară, glande genitale) focare de infecție (dentare, amigdaliene, sinusale).

Tratamentul folosește tranchilizante, antitiroidiene și stimulante hipofizo-genitale (gonadotrofine), suprimarea spinelor iritative (focare dentare, sinuzite, amigdalite); preparate cortizonice, vitamine (A, D_2), folcisteină, bepanthen, pantotenat de calciu. Local se utilizează loțiuni, ca *Rp.* Acid acetic glacial 3 g, cloral hidrat 20 g, alcool 70° 80 ml, seara, iar dimineața fluocinolon, triamcinolon, locacorten, soluție meladinină de 2—3 ori pe săptămînă, crioterapie cu presiune slabă și durata foarte scurtă, la interval de 7 zile.

ALOPECIILE DIFUZE. Sînt alopecii care survin în circumstanțe diferite. Cea mai frecventă este *alopecia seboreică* sau *calvițiа precoce* întîlnită aproape exclusiv la bărbați, cu debut în jurul vîrstei de 20 ani. Cînd alopecia este precoce, în jurul vîrstei de 16 ani, prognosticul este defavorabil, cînd ea este mai tardivă, după 30 de ani, chelia nu este completă. Calvițiа seboreică începe în regiunile temporale, formînd „golfuri", duce apoi la calvițiа vertexului și mai departe la „calvițiа hipocratică", care nu lasă decît o coroană înjumătățită, mergînd de la o tîmplă la alta, acoperind partea superioară a cefei. Firele de păr mor și cad spontan în aproximativ 70 zile, locul lor fiind luat de fire de păr din ce în ce mai subțiri; această cădere poate fi împiedicată de un tratament aplicat din timp, alteori însă pierderea părului continuă.

În pielea capului putem găsi pitiriazis, eczemă seboreică, sau o stare seboreică, uleioasă, care aglutinează părul. Cînd alopecia s-a instalat pitiriazisul dispare, iar pielea devine netedă, albă, lucitoare cu o epidermă care pare atrofică.

La femei, cu toate că există seboree, adesea abundentă, alopecia este difuză, excepțional ducînd la calvițiе; se localizează în regiunea temporo-parietală.

Etiopatogenie. Glandele endocrine și în principal glandele sexuale intervin în mod categoric în patogenia alopeciei, raportul androgeni-estrogeni fiind crescut în favoarea primilor. De asemenea sindroame tiroidiene, hipofizare, suprarenale sînt incriminate. Ereditatea are și ea un rol predispozant recunoscut, ca și tulburările neuro-psihice (distonii neurovegetative, stări depresive, șocuri emotive, surmenaj profesional). Șamponul preparat din alcooli grași deși are o acțiune detergentă, produce hipertrofia glandelor și o creștere a seboreei.

Tratamentul se face cu vitamine: Vit. D_2 buvabilă, B_6, A, B_1, E, pantotenat de calciu, folcisteină U, fosfobion, gonacor, panthenol,

romavit, tranchilizante, corticoterapie în doze mici și cure scurte. Tratamentul local se face cu loțiuni antiseboreice, ca de exemplu *Rp.* Acid salicilic 3 g, rezorcină 5 g, acid boric 10 g, alcool 70°, 250 ml; *Rp.* nitrat pilocarpină 1 g, amoniac 5 g, esență terebentină 25 g, alcool 70° 125 ml; *Rp.* pe rețetă cu timbru sec *Rp.* Biclorură de mercur 0,30 g (treizeci centigrame), rezorcină și acid salicilic aa 3 g, oleum ricini 3 picături, alcool 70°, 300 ml. Spălarea capului se face cu apă caldă și săpun de ras, săpun de gudron, sulf sau ihtiol.

ALTE ALOPECII DIFUZE. Alopeciile difuze acute survin ca epifenomene pasagere în cursul unor tulburări generale. Ele pot apare în următoarele 60 zile ale unei infecții acute: febră tifoidă, scarlatină, gripă sub forma unor alopecii parieto-temporale, deasupra și retro-auricular; refacerea părului după aceea este de regulă completă. Erizipelul poate produce o alopecie precoce sau tardivă cînd este localizat în pielea capului. Nașterea antrenează și ea uneori o cădere a părului, dar aceasta este fugace și alopecia nu se produce cît femeia alăptează. Intervențiile chirurgicale, marile traumatisme, tulburările morale (șocuri) pot fi urmate de alopecii; radioterapia și absorbția de săruri de thaliu antrenează o alopecie rapidă în decurs de 15 zile.

Alopecia sifilitică survine în cursul sifilisului secundar și anume între a 3—8 lună, fie sub formă de alopecie difuză sau de alopecie în luminișuri (insulară). Alopecia în luminișuri se prezintă sub forma unor zone, rotunde sau ovalare, în care părul este rărit, dispuse în părțile laterale și posterioare ale pielii capului; ele au dimensiuni cuprinse între 0,5—2 cm și se dispun uneori și în porțiunea externă a sprîncenelor (semnul omnibuzului). În forma de alopecie în luminișuri, plăcile apar ca „mîncate de molii". Tratamentul acestor alopecii este în realitate inutil, părul refăcîndu-se rapid. Este necesară însă vitaminoterapie pe cale generală, penicilină conform schemei M.S. pentru sifilisul secundar în alopecia sifilitică și fricțiuni locale cu una din formulele redate mai sus.

Alopecii traumatice, difuze sau regionale, apar prin frecături la sugar în urma traumatismelor provocate de pieptene, bigudiuri și tracțiunilor executate de cozi sau cocuri. *Trichotilomania* înseamnă ticul unor copii și uneori chiar al adulților de a trage de păr mai ales în regiunea temporală. Pitiatismul, simularea poate fi la originea unor alopecii.

Alopeciile cicatriceale pot rezulta în urma unor traumatisme, arsuri, evoluției epiteliomului bazocelular plan cicatriceal, acneei

necrotice, furunculului și manifestărilor de terțiarism (gome sau sifilide tuberculoase); cîteva afecțiuni realizează, cînd se localizează în pielea capului, alopecii cicatriceale și anume: lupusul eritematos, lichen ruber plan, sclerodermia, foliculite epilante Quinquand și pseudo-pelada Brocq.

Lupusul eritematos face în pielea capului plăci alopecice eritematose, cu scuame aderente cînd ele sînt și conuri cornoase, care se înfundă în orificii foliculare dilatate. Această keratoză punctată este un element important de diagnostic la care mai contribuie și coexistența unor leziuni de lupus eritematos pe tegumentul feței. Plăcile duc cu timpul la formarea de atrofii cicatriceale și alopecii cu posibilitatea în unele cazuri de refacerea părului. În lichen ruber plan leziunile se aseamănă cu cele din lupus eritematos, iar uneori cu pseudopelada Brocq. Asocierea de alopecii atrofice în arii mici cu leziuni de lichen spinulosus al pielii și cu alopecii necicatriceale a axilelor și regiunii pubiene alcătuiește *sindromul Lassueur-Graham Little.* Sclerodermia în bandă localizată mai ales pe frunte se extinde și în pielea păroasă a capului unde formează o alopecie liniară, sclero-atrofică, galben ivorie realizînd aspectul de „lovitură de sabie". *Foliculitele epilante Quinqund* sînt caracterizate prin plăci mici alopecice, cu foliculite, care constituie cu timpul mase mari cicatriceale cu margini neregulate sau rotunde, la periferia cărora se pot găsi puncte roșii foliculare. În *pseudopelada Brocq* debutul trece neobservat, afecțiunea fiind descoperită întîmplător, de obicei localizată în regiunea vertexului, sub forma unor plăci mici, rotunde, atrofice; aceste plăci se extind sau confluează realizînd placarde alopecice, albe, curate, netede, fără scuame, atrofo-cicatriceale, ușor deprimate, fără nici un fel de foliculite la periferie. Evoluția este cronică, insidioasă, progresivă; afecțiunea interesează adulții. Unii autori nu atribuie acestei alopecii statul de entitate morbidă autonomă și o consideră ca rezultînd din evoluția unui lichen ruber plan sau lupus eritematos, chiar a unor foliculite. Tratamentul se face cu zăpadă carbonică, pomezi cu sulf precipitat și cu oleum cadini în concentrații de 5—10%.

ALOPECII CONGENITALE. Sînt malformații foarte rar întîlnite, adesea familiale, difuze sau regionale, totale sau parțiale, transmise în dominanță regulată sau în recesivitate.

Hipotrichoza (agenezie pilară) se transmite în dominanță regulată și se găsește asociată cu disonichii, keratoză pilară.

Moniletrix, distrofie ereditară, cu transmitere în dominanță, se traduce prin alternări de umflături și strangulări ale firelor de păr, unde părul se rupe mereu și prin keratoză foliculară, asemănătoare keratozei pilare. Copilul se naște cu păr și căderea se produce în următoarele 6 săptămîni, alopecia fiind definitivă. Este considerată azi o enzimopatie, cu deficit în argininsuccinază, care are rol în biosinteza keratinei pilare. Tratamentul încearcă extract tiroidian, vitamina A sintetică și aplicații zilnice de glicerolat de amidon cu oleum cadini 3—5%, spălături cu gălbenuș de ou.

PILOMICOZE. Sînt micoze ale firelor de păr întîlnite la copii și foarte rar la adulți. Ele cuprind microsporia, tricofiția uscată și supurată și favusul.

Microsporia este cea mai contagioasă dintre pilomicoze, fiind produsă de microsporum audouini, ferugineum și lanosum. Se prezintă sub forma de plăci scuamoase, rotunde sau ovalare, mari, dar puține la număr, în care firele de păr sînt rupte la 4—5 mm, de la emergență, realizînd aspectul de lan cosit. Firele de păr sînt înconjurate de o teacă albicioasă, alcătuită din spori, care le dă un aspect pudrat. La microscop firul de păr apare parazitat în afară, cu spori mici, dispuși în mozaic.

Tricofiția uscată este produsă de tricofiton rubrum, violaceum; se caracterizează prin plăci mici scuamoase, numeroase, de formă neregulată și slab delimitate, în care firele de păr sînt rupte la emergență sau la 1—2 mm. Plăcile sînt eritematoase acoperite de scuame albicioase mici, furfuracee. Ca și microsporia se vindecă spontan la pubertate, dar poate persista, sub denumirea de tricofiție cronică, la adulte cu tulburări endocrine sau vasomotorii. La microscop firul de păr este parazitat în interior de spori mari, care realizează aspectul de sac umplut cu cartofi sau cu nuci.

Tricofiția supurată produsă îndeosebi de tricofiton gypseum se întîlnește mai ales la îngrijitorii de viței, la mulgători (ca boli profesionale), dar și la restul populației. Se localizează în pielea capului la copil și în barbă la adult sub formă de Kerion Celsi (keria = inflamație profundă). După o incubație de 7 zile își fac apariția unul sau mai multe placarde eritematoscuamoase sau eritematoveziculoase, care devin pustuloase, realizînd foliculite și perifoliculite profunde. După un timp se constituie formațiuni pseudotumorale, rotunde, bine delimitate, reliefate cu 1—2 cm, cu suprafața acoperită de puroi, cruste gălbui-brune, iar firele de păr cad sau se extrag cu ușurință, astfel că placardul devine alopecic. Ganglionii tributari sînt măriți de volum, inflamatori, dureroși, copiii

pot face febră, starea generală este uneori alterată. Evoluția se face spre alopecie cicatriceală. Formațiuni asemănătoare putem întîlni pe pielea glabră, îndeosebi pe antebrațe și mîini, cu formațiuni mai puțin reliefate, cunoscute și sub denumirea de *foliculită conglobată Leloir*. Kerion Celsi poate produce manifestări la distanță, îndeosebi pe trunchi, sub forma unor papule conice, foliculare, mici, roșii-palide.

Examenul microscopic al firelor de păr arată parazitarea lor în interior și în afară (endo-ectotrix), de cele mai multe ori, cu spori mici dispuși în lanțuri (microid), mai rar cu spori mari (megasporon).

Tratamentul în tricofiția supurată se face cu antibiotice (penicilină, tetraciclină) la început, întrucît există și participare stafilococică, continuată apoi cu griseofulvină, iar local comprese cu rivanol 1‰, badijonaj cu acid carbolic, soluții Castellani, cristal violet, epilare mecanică, care să depășească și suprafața pseudotumorii cu 3—4 mm, astfel ca să nu mai rămînă fire de păr parazitate. După ce fenomenele inflamatorii au cedat se poate trece la pomezi epitelizante (tetraciclină 3% sau pomadă cloramfenicol 5%).

Favusul, produs îndeosebi de tricofiton Schonleini, este pilomicoza cea mai puțin contaginoasă, dar este severă pentru bolnav, afecțiunea persistînd și după pubertate spre deosebire de tricofiție și microsporie care se vindecă spontan. Favusul debutează cu pete eritematoase sau pustule mici foliculare, din care se formează godeuri favice (alcătuite din filamente miceliene și spori). Godeul favic are o formă rotundă, cu o depresiune centrală, cu aspect de farfurioară sau cuib de rîndunică, culoare galbenă ca a florii de sulf, fiind centrat de unul sau mai multe fire de păr, decolorate, mate, cu aspect de fir de păr de porc. Firul de păr în favus este mai puțin parazitat și din această cauză este mai puțin fragil și nu se rupe cu ușurință ca în celelalte pilomicoze. Paraziții aflați în godeul favic se împrăștie pe suprafața păroasă a capului, apar noi godeuri, care pot conflua în placarde, evoluînd apoi spre atrofie cicatriceală și alopecie definitivă. În unele forme de favus cu evoluție mai îndelungată putem întîlni miros de urină de șoarece. Menționăm că favusul respectă la periferia pielii păroase a capului o zonă de aproximativ 2 cm. Întotdeauna găsim adenopatie laterocervicală sau occipitală. La examenul microscopic firele de păr sînt parazitate în interior, unde găsim: filamente miceliene septate cu aspect de tren văzut din avion sau de bambus, alteori cu aspect de coarne de cerb; mai notăm artrospori dispuși ca oasele tarsului (tars favic).

Tratamentul în pilomicoze (microsporie, tricofiție și favus) se face cu griseofulvină, care se administrează în 2 prize, dimineața și seara, împreună cu tartina de pîine cu unt după următoarea posologie: copiii între 1—6 ani 2 tablete, copiii între 7—12 ani 3 tablete, copiii mai mari ca și la adulți 4 tablete pe zi. Se recomandă tunderea săptămînal urmată de spălarea cu apă caldă și săpun. Zilnic vor fi badijonați cu soluție alcool iodat 1,5 (tinctura Sabouraud), iar seara se aplică pomada Dubreuilh (acid salicilic 1 g, acid benzoic 2 g, vaselină 30 g) sau pomadă Wihtefield (acid salicilic 2 g, acid benzoic 4 g, vaselină 24 g) sau triamcinolon S, ori locacorten vioform.

Profilaxie. Contaminarea făcîndu-se de la copil la copil, sau de la adult, ori prin diferite obiecte (pălării, pieptene, haine, jucării), trebuie să depistăm precoce pe cei bolnavi, să-i izolăm și să procedăm la fierberea obiectelor contaminate sau chiar la arderea lor. În caz că afecțiunea a fost contractată de la animalele de pe lîngă casa omului sau din unitățile socialiste (pisică, cîine, viței, cai), în colaborare cu medicul veterinar se vor trata aceste animale bolnave de micoze. Educația sanitară are un rol important în difuzarea cunoștințelor, privind profilaxia și tratamentul micozelor, în masa populației, instruirea personalului didactic din colectivitățile de copii și a lucrătorilor din frizerii.

ALTERAȚII ALE FIRELOR DE PĂR. Leucotrichia este o decolorare congenitală a firelor de păr. Ea poate fi parțială realizînd *meșa albă frontală*, mai rar laterală sau occipitală, cu transmitere în dominanță, însoțită sau nu de albinism parțial și generală — *albinismul* — cu transmitere în recesivitate în care decolorarea firelor de păr și a coroidei este asociată cu alte displazii (nistagmus, cataractă, epilepsie, arierație mintală, surdo-mutitate, nanism etc.).

Caniția este o decolorare dobîndită a firelor de păr, mai ales de ordin fiziologic, în funcție de subiecții și de factorii ereditari. S-au comunicat observații de canițiii bruște după șocuri emotive violente. Vitiligo localizat în pielea capului poate produce o meșă albă în păr, alături de o pată depigmentată situată în afara regiunii păroase, fapt ce deosebește vitiligo de o meșă albă congenitală.

Tratamentul leucotrichiei și caniției este practic inexistent. În caniție s-au încercat vitamina A, preparate tiroidiene, acid paraamino-benzoic, pantotenat de calciu.

Pili torti (trichokinezia), rar întîlnită, este o malformație congenitală cu transmitere în dominanță, în care firele de păr sînt

răsucite în lungul axei; răsucirea poate fi regulată sau se poate face în toate sensurile. Aceste fire de păr alterate trebuie căutate în regiunea occipitală.

Pili annulati (trichonodosis versicolor), distrofie ereditară, cu transmitere în dominanță, se caracterizează prin alternări de segmente clare cu altele închise la culoare la nivelul firului de păr.

Trichorexia nodoasă se traduce prin ruperea firelor de păr la nivelul unor nodozități preexistente, aproape de extremitatea lor.

Trichoptiloza este fisurarea de-a lungul firului de păr, care apare bi sau trifurcat.

Trichoclazia înseamnă ruperea firelor de păr în sens transversal sau longitudinal de cele mai multe ori din cauză traumatică: bigudiuri, permanente calde și reci, decolorări cu apă oxigenată, tincturile de păr, fricțiunile cu loțiuni alcaline, sulfurate, abuzul de șampoane.

Trichomicoze sînt afecțiuni parazitare ale firelor de păr din axile și regiunea pubiană, la persoanele mai puțin pedante; sînt produse de diferite varietăți de corynebacterium tenuis, flava, rubra sau nigra, care se manifestă sub forma de granulații mici în jurul firelor de păr, de culoare galbenă, roșie sau neagră.

Tratamentul constă în raderea perilor, spălare cu apă caldă și săpun, badijonaj cu alcool cu acid salicilic 2%.

DERMATOZE ALE PIELII CAPULUI. În afară de dermatozele care determină modificări ale firelor de păr, trei afecțiuni credem că merită să le descriem în acest capitol, întîlnite destul de frecvent în practică și anume: pitiriazis simplu, pitiriazis seboreic și fausse teigne amiantacée.

Pitiriazis simplu, caracterizat prin scuame fine, tărîțoase, dispuse diseminat în toată pielea capului, poate apare după vîrsta de 10 ani, poate persista foarte mulți ani sau chiar toată viața. La pubertate se poate transforma în pitiriazis gras. În etiologia pitiriazisului simplu este incriminat streptococul. Subiectiv bolnavii acuză prurit. Tratamentul se face cu pomezi cu oleum cadini, cu sulf precipitat, soluții de tipul: *Rp.* acid salicilic 3 g, rezorcină 5 g, acid boric 10 g, alcool 70°, 300 ml. De asemenea se pot utiliza săpunuri cu gudron, sulf.

Pitiriazis seboreic (gras sau steatoid) urmează adesea unui pitiriazis simplu cînd scuamele devin aderente, gălbui, puțin umede, realizînd chiar un veritabil depozit. Această formă de pitiriazis se însoțește frecvent de alopecie și se complică adesea cu eczemă se-

Scanned with OKEN Scanner

boreică, fausse teigne amiantacée. Tratamentul se face cu preparate de sulf, oleum cadini în pomezi și loțiuni, spălare cu săpunuri medicinale de gudron, sulf.

Fausse teigne amiantacée este o parakeratoză microbiană, caracterizată printr-un depozit gri, format din scuame groase, cu reflexe strălucitoare, care acoperă pielea capului. Firele de păr sînt aglutinate și cînd vrem să le ridicăm, se desprinde și depozitul gri descris. Scuamele pot fi uscate, umede sau grase și firele de păr normale. Streptococul este incriminat ca agent cauzal.

Tratamentul se face cu antibiotice, anatoxină streptococică, vitamină C, iar local pomezi keratolitice (vaselină salicilată 2—3%), după care se aplică pomezi cu antibiotice (tetraciclină 3%, clormafenicol 5%), unguent methotrexat 0,2%, pomezi cu oleum cadini, sulf precipitat în concentrații 3—5—10%.

Scanned with OKEN Scanner

BOLI ALE UNGHIILOR

Bolile unghiilor (onichopatii sau onicoze) au cauze foarte diverse, unele cunoscute dar de cele mai multe ori neprecizate; unele sînt congenitale și familiale, altele dobîndite.

CROMONICHIILE sînt reprezentate de modificări ale culorii unghiilor. Pot fi :

— *leuconichii,* pete albe sau decolorări opace parțiale ori totale ale unghiilor, localizate mai ales la unghiile de la mîini. Leuconichii striate transversal reprezentate de mici linii de cîțiva milimetrii lungime sînt foarte banale, de natură traumatică sau apărînd în timpul menstruației; dispar spontan. Leuconichii striate longitudinal sînt excepționale, întîlnindu-se la muncitorii care lucrează cu saramură. Leuconichii punctate, cu diametru de 1—2 mm, apar aproape de lunulă ca urmare a unor microtraumatisme la unii muncitori. Leuconichiile totale sînt foarte rare, de obicei ereditare, cu transmitere în dominanță;

— *xantonichiile* se traduc prin culoare galbenă, galben-brună, sau galben-verzuie, apărute după aplicații de crisarobină, rezorcină, acid picric sau fluorescină, sau administrare pe cale generală de mepacrină sau tetraciclină;

— *unghiile verzi* sînt produse de bacilul piocianic și de candida tropicalis și aspergillus, localizarea făcîndu-se pe marginile laterale și la baza unghiilor. Debutul se face de obicei sub forma unui perionixis, apărut ca urmare a macerației în apă sau iritației prin detergenți;

— *melanonichiile* se pot întîlni pe o singură unghie, care pun problema unui melanom malign, a unui nev nevo-celular joncțional, cînd există de mai mult timp, a tumorii glomice, care este foarte dureroasă sau a unor hematoame ușor de identificat. Interesarea mai multor unghii poate fi atribuită contactului cu substanțe chimice, ca permanganat de potasiu, nitrat de argint, săruri de

mercur,, tincturi, lacuri, unor medicamente (antipaludice de sinteză, săruri de aur, fenotiazine, endoxan). Şi candida albicans, tricofiton pot determina pete brun-negricioase ca şi porfiriile eritropoetice şi maladia Addison.

ONICHODISTROFII sau alteraţii ale structurii unghiilor sînt de mai multe feluri :

— *onichoschizie lamelară* sau fragilitate a marginii libere unghiale este frecventă întîlnită la femei (proporţia este de 30% dintre femei); se produce o dedublare a marginii libere, un clivaj care provine uneori din exfolierea succesivă. Unghia devine dantelată şi produce jenă prin agăţarea permanentă de ciorapi, îmbrăcăminte. Cauzele sînt locale, mecanice, chimice, factori profesionali; afecţiuni generale acute sau cronice sînt mai rar incriminate la originea acestor distrofii. Se constată o tulburare a metabolismului argininei. Tratamentul se face cu vitamina A, folcisteină, cistină;

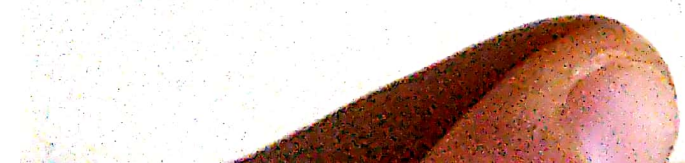
— *onichorexis* se caracterizează prin striuri longitudinale şi paralele fără semnificaţii patologice. Cînd sînt mai profunde pot duce la onichoschizie;

— *şanţuri transversale Beau* sînt depresiuni orizontale dispuse pe suprafaţa unghiilor, de obicei la acelaşi nivel pentru toate unghiile, mai accentuate la cele mari. Aceste manifestări sînt rezultatul interesării matriciale a unui proces de cele mai multe ori inflamator. Se constată mai rar în cursul unor afecţiuni generale, după naşteri, intoxicaţii, şocuri nervoase, traumatisme locale şi degeraturi;

— *onichie punctată (eroziuni punctate)* este reprezentată de mici depresiuni pe suprafaţa unghiei, care realizează aspectul de degetar de croitor, întîlnit în psoriazis, peladă, mai rar în alte dermatoze sau afecţiuni generale;

— *onicholiză*, caracterizată prin decolarea unghiei pornind de la marginea sa liberă, cu formarea unei cavităţi subunghiale în care se adună resturi de keratină; poate avea o cauză locală (traumatism, psoriazis, onichomicoză) sau cauze generale; mai sînt forme idiopatice în care sînt incriminate tulburări circulatorii sau metabolice, îndeosebi tiroidiene;

— *koilonichie* în care unghia are aspectul „în linguriţă" din cauza unei depresiuni localizată pe partea mediană a unghiei, marginile laterale fiind reliefate şi adesea îngroşate; se întîlneşte în anemia hipocromă, avitaminoză C, hipoclorhidrie gastrică, disendocrinii etc.;



— *onichomadeză*, clivaj și apoi eliminarea părții juxta matriciale a lamei externe a unghiei, se întîlnește în maladii infecțioase, lichen plan, psoriazis, peladă, traumatisme, radioterapie, epidermoliză buloasă distrofică;

— *unghii hipocratice*, caracterizate prin o încurbare convexă a unghiilor cu aspect de sticlă de ceasornic; se însoțesc de degete hipocratice și se întîlnesc în afecțiuni pleuro-pulmonare cronice sau tumorale, cardiopatii, colită ulceroasă, distirodii, hipervitaminoză A;

— *pachionichie* înseamnă îngroșarea unghiei produsă de hiperkeratoză a patului unghial și se întîlnește în psoriazis și onichomicoze. Veritabila pachionichie, cu hipertrofie foarte dură, cuprinzînd toată întinderea tablei unghiale, care are culoare brună, suprafața fiind netedă, striată sau boselată, este o distrofie congenitală și semnul major al sindromului Jadassohn-Lewandowsky;

— *onicogrifoză*, întîlnită la degetele mari, se manifestă prin hiperkeratoză și deformație considerabilă a unghiei cu hiperplazia patului său luînd aspectul de gheară sau corn de berbec. Se incriminează traumatisme cronice, lipsă de igienă, tulburări trofice, ciuperci în etiologia afecțiunii. Singurul tratament este scoaterea unghiei cu distrugerea matricei;

— *anonichie* înseamnă absența parțială sau totală a unghiei, adesea congenitală și familială; apare în traumatisme mari, infecții sau intoxicații severe, în dermatoze (eritrodermie ihtioziformă, epidermoliza buloasă polidisplazică), tulburări circulatorii și nervoase periferice.

Tratamentul onichodistrofiilor se face cu acizi aminați sulfurați, vitamina A și mai ales gelatină în doze de 7 g zilnic în una sau două prize, timp de 3—4 luni. Gelatina este constituită din mai mulți aminoacizi și se administrează sub formă de gelule sau de pulbere, pulverizată pe dulceață sau piure, fără ingerarea de lichide timp de două ore.

PERIONIXIS (paronichie). Perionixis este inflamația repliului periunghial, acută sau cronică, însoțită uneori de apariția unei picături de puroi și de dureri. Poate fi produs de candida, piococi, piocianic și treponemă; perionixul precede de multe ori apariția unor onichopatii, care pot persista și după stingerea procesului inflamator.

Tratamentul se face îndepărtînd cauzele favorizante (iritații locale, mecanice și chimice, menajere sau profesionale și îndeosebi

macerarea produsă de apă și soluții apoase); tratamentul în funcție de etiologie (candida, piococi), iar local comprese cu rivanol 1‰, badijonaj cu soluție cristal violet 1%, soluție Castellani, pomezi cu tetraciclină 3%, locacorten vioform, nidoflor.

UNGHIE ÎNCARNATĂ. Pătrunderea marginii laterale și distale a unghiei, îndeosebi de la degetul mare, în repliul periunghial cu producerea unei inflamații roșii și dureroase, cîteodată purulentă constituie unghia încarnată. Infecții secundare și botriomicom pot apare la acest nivel. Tratamentul se face cu soluție de nitrat de argint 5—10% sau electrocoagularea botriomicomului și ablația parțială sau totală a unghiei.

ONICHOMICOZE. Afecțiuni ale unghiilor, dintre cele mai frecvente, provocate de specii de tricofiton și de candida albicans, se întîlnesc mai ales la adulți și îndeosebi la unghiile de la picioare. Unghiile prezintă hiperkeratoză subunghială, sub marginea liberă, de culoare gălbuie-cenușie, care se detașează ușor sub formă de pulbere; unghia este ridicată și deformată, uneori chiar cu pierderi de substanță a marginii libere. Unghia mai poate avea pe suprafața sa pete discromice, pete albicioase opace, neregularități; lama unghială poate fi uneori distrusă în masă. Onichomicozele prin dermatofiți nu se însoțesc și nu sînt precedate aproape niciodată de peronixis. Onichomicozele provocate de candida albicans au ca factori favorizanți: macerația în apă, iritații chimice (îndeosebi detergenți), manipulări de produse zaharoase, sucuri și de cofetărie. De multe ori se asociază cu intertrigou levuric al celui de-al 3-lea spațiu interdigital sau cu alte candidoze cutaneo-mucoase. Mai rar localizarea unghială se încadrează într-o infestare candidozică difuză punînd problema unui deficit imunologic și cercetarea unui diabet. Perionixisul precede onixisul candidozic; unghia devine rugoasă, striată, brună. Alteori apare marginal, pe bordul lateral o pată albă-gălbuie, verzuie sau verde închis. Se mai cunoaște, ca o formă rar întîlnită, granulom candidozic unghial tradus prin reacția inflamatorie dermică a patului unghial; unghia devine dură și ridicată, cu benzi longitudinale albe sau brune; acest granulom care prinde de obicei toate unghiile se întîlnește în candidoze cronice grave.

Diagnosticul trebuie pus pe baza examinărilor directe, culturi și examenului histologic.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul se face în onichomicozele produse de dermatofiți cu griseofulvină 4 tablete pe zi, administrate în două prize, împreună cu tartina cu unt, timp de 6 luni pentru unghiile de la mîini și 6—9 luni pentru cele de la picioare. Local prescriem răzuirea lamei unghiale parazitate cu o lamă de sticlă sau cu freza dentară și aplicații de alcool iodat 1,5% (tinctura Sabouraud), triamcinolon S, locacorten vioform. În onichomicozele cu candida se aplică local stamicină în pomadă (*Rp.* stamicină tablete VI, lanolină și vaselină aa 15 g), locacorten vioform, nidoflor, iar general vitamina B complex o fiolă zilnic, timp de 10—15 zile și evitarea introducerii în apă și soluții apoase.

Scanned with OKEN Scanner

URGENȚE ÎN DERMATOVENEROLOGIE

STAFILODERMII CUTANATE. Furunculoza malignă (stafilodermie malignă a feței) este una din cele mai grave complicații, care apare după un furuncul al buzei superioare, nasului, șanțului nazo-genian sau al obrazului. În jurul furunculului apare un edem important cu tegumentul roșu-violaceu, infiltrat; starea generală a bolnavului este alterată, cu frison, febră. Pot surveni complicații redutabile, ca tromboflebite ale sinusurilor laterale cu septicemie, tromboflebite ale sinusurilor cavernoase, cu edem al pleoapelor și conjuctivelor, xeroftalmie uni sau bilaterală, glob ocular voluminos și dureros, cu paralizii ale nervilor motori, ocular și facial. O adenopatie satelită este prezentă.

Tratamentul trebuie instituit de urgență cu eritromicină în doze mari asociată cu penicilină G, sau peniciline semisintetice (meticilină, cloxacilină). După efectuarea antibiogramei în funcție de rezultat se mai pot folosi următoarele antibiotice: spiramicina, oleandomicina, lincomicina, rifampicina, tetraciclina, vibramicina, kanamicina și gentamicina. Severitatea afecțiunii ne obligă să asociem 2 sau chiar 3 antibiotice. După colectarea furunculului, fără a face manevre, care să faciliteze diseminarea infecției prin mobilizarea microtrombusurilor, se poate deschide prin electrocoagulare. În continuare se vor face spălături cu soluții antiseptice, badijonaje cu cristal violet 1%, pomezi cu tetraciclină 3%, cloramfenicol 5% sau neomicină 5%.

Intervenții de urgență mai necesită furunculul antracoid, stafilodermiile care se complică cu septicemii, infecția stafilococică ombilicală la nou-născut și stafilococia necrozată malignă, toate acestea reclamînd administrarea de antibiotice per os sau parenteral.

FASCIITA GANGRENOASĂ (gangrena streptococică). Descrisă în capitolul gangrenelor, această afecțiune constituie o manifestare gravă datorită marii sensibilități tisulare față de streptococ, ana-

Scanned with OKEN Scanner

log fenomenului Sanarelli-Shwartzman. Limitarea numai la administrarea de antibiotice nu ameliorează prognosticul grav, terapia esențială constînd din excizie chirurgicală, cît mai precoce și mai profundă, pînă la aponevroză.

ȘOCUL ANAFILACTIC. Șocul anafilactic sau reacția anafilactică constituie cea mai dramatică urgență alergologică, care pune în primejdie viața bolnavului, impunînd prin severitatea sa un tratament imediat și adecvat.

Debutează la cîteva minute sau chiar secunde după administrarea alergenului, mai rar după una sau mai multe ore. Unii bolnavi pot prezenta simptome de alarmă: eritem al porțiunii superioare a toracelui și feței, căldură în regiunea cefalică, anxietate, respirație dificilă cu senzație de constricție toracică, urticarie, prurit generalizat, dureri abdominale, greață. Dacă nu se intervine fenomenele se amplifică, realizîndu-se tabloul clasic al șocului, care de cele mai multe ori este întîlnit chiar în primul sfert de oră și anume: facies palid, transpirație, angioedem cu edem laringian, dispnee, răgușală, hipotensiune, puls accelerat, filiform. Bolnavul este foarte neliniștit, prezintă apoi o stare de obnubilare, cu dispariția sensibilității, diminuarea reflexelor, în scurt timp intrînd în comă, cînd devine inconștient, inert, fără puls și tensiune arterială, după care sucombă.

Intensitatea reacției anafilactice este în strînsă legătură cu modul de administrare și pătrundere a alergenelor, calea parenterală fiind mult mai periculoasă, participînd cu 95% față de cea orală cu numai 5%. Antigenele capabile să producă reacții anafilactice pot fi substanțe micromoleculare (penicilina cu derivatele sale semisintetice, streptomicina, sulfamidele, substanțele iodate de contrast, anestezice locale, probenecidul, salicilații), sau proteine, lipopolizaharide, glucide care pot intra în acțiune, ca antigene complete (seruri antitoxice, eterogene, vaccinuri pentru imunizare activă, hormoni de natură proteică, enzime (tripsina), extracte alergice pentru desensibilizare, dextran, heparină). Șocul anafilactic se observă în practica medicală mai ales după administrarea penicilinei.

Tratamentul trebuie instituit cu cea mai mare urgență. Bolnavul este instalat în decubit dorsal, cu extremitățile inferioare ridicate (poziția Trendelenburg), reîncălzire moderată cu învelirea cu pături și sticle cu apă caldă, la extremități. Se administrează subcutanat sau i.m. 0,4—0,5 ml soluție adrenalină 1‰; se asociază cu o fiolă romergan i.m. O indicație de prim ordin o are hidrocortizon hemisuccinat intravenos 25—100 mg. În șocurile grave se reco-

mandă perfuzii cu norartrinal 2—3 fiole de 2 mg împreună cu hidrocortizon hemisuccinat hidrocortizon 100 mg în 500 ml ser glucozat 5%.

URTICARIA. EDEMUL QUINCKE. Urticaria generalizată cu interesarea mucoaselor (edem al limbii și laringelui), forma buloasă, hemoragică ca și urticaria gigantă, cuprinzînd zone întinse și alterarea stării generale necesită terapie de urgență.

Edemul Quincke (edem angioneurotic alergic) se caracterizează prin tumefacții edematoase la nivelul feței, pe buze și pleoape, organele genitale, de culoarea pielii normale sau palide, care apar brusc, dramatic și dispar rapid. Mucoasele buzelor, palatului, faringelui pot fi interesate producînd fenomene respiratorii (dispnee, senzație de sufocație). Localizarea pe mucoasa digestivă produce dureri abdominale, diaree. Bolnavii nu acuză prurit la nivelul leziunilor cutanate. Agenții etiologici pot fi alimentari (crustacee, unele fructe, conserve, sulfamide, anestezice locale), infecțioși (streptococ, stafilococ, enterococ, coli).

Tratamentul se face cu adrenalină subcutanat 0,1—0,5 ml din soluția 1‰, hemisuccinat de hidrocortizon 25—50 mg, repetat la nevoie, o fiolă de romergan i.m.; în continuare se poate folosi corticoterapie per os (prednison 40—60 mg/zi), asociată cu antihistaminice (tavegyl, romergan, clorfenoxamină, feniramin, nilfan). Se mai poate utiliza calciu gluconic și vitamină C intravenos. În cazurile febrile, cu etiolgie infecțioasă se administrează antibiotice (eritromicină, tetraciclină), asociate sau nu cu preparate cortizonice.

ÎNȚEPĂTURILE DE INSECTE. Înțepăturile insectelor (ploșnițe, țînțari, muște, purici, furnici, bondari, păianjeni, albine și viespi) pot produce manifestări urticariene locale sau reacții de sensibilizare severe, urticarii generalizate, edem Quincke, șoc anafilactic, unele de gravitate excepțională. Atît fenomenele locale, cît și cele generale se datoresc substanțelor cu acțiune toxică conținute în venin (histamină, serotonină, polipeptide, fosfolipaze). Reacția pielii la prima înțepătură de insectă este minimă, dar după mai multe înțepături pot apare reacții generale foarte severe, mai ales la înțepăturile păianjenelor, scorpionilor, albinelor și viespilor. Gravitatea manifestărilor este în strînsă legătură cu terenul alergic al acestor bolnavi, sensibilizarea prealabilă la înțepături și pătrunderea veninului pe cale vasculară sau prin mucoase. Tratamentul recomandă în caz de șoc anafilactic medicația descrisă anterior. În cazul în care înțepătura s-a produs la un membru se poate aplica

un garou, superior regiunii afectate, și injectarea la locul înțepăturii a 0,5 ml adrenalina din soluția 1‰; se mai pot aplica comprese cu burow 10‰. Ca tratament general se folosesc antihistaminice, corticoterapie, iar în caz că leziunile s-au infectat ca și cele de tip necrotic antibio-corticoterapie.

SINDROM LYELL (dermatita combustiformă, necroliza epidermică toxică). Debutul brutal, în plină sănătate, cu pete eritematoase, urticariene, cu bule, uneori voluminoase, cu decolare masivă a epidermei în zilele următoare asemănătoare cu marile arsuri, caracterizează sindromul Lyell. Leziunile apar pe față și partea superioară a trunchiului, în jurul orificiilor naturale, pe membrele superioare și se pot extinde pe toată suprafața corpului. Bolnavii fac febră 38—39°, starea generală se înrăutățește, devin adinamici, subcomatoși și în cele din urmă sucombă de cele mai multe ori datorită insuficienței hepato-renale. Simultan cu leziunile cutanate sînt afectate și mucoasele (bucală, genitală). Afecțiunea este aproape întotdeauna de origine toxi-medicamentoasă la adult (sulfamide, fenilbutazonă, derivați pirazolonici, barbituricele, salicilații, dintre antibiotice ampicilină). La copii, mai ales la cei între 1—2 ani, sindromul Lyell este de natură infecțioasă datorită stafilococului auriu.

Tratamentul ține seamă, în primul rînd, de suprimarea medicamentelor administrate anterior, care pot fi incriminate în apariția sindromului. Antibiotice cu spectru larg și îndeosebi unul pe care nu l-a folosit bolnavul anterior trebuie prescris ținînd seama de prevenirea și combaterea infecției. La aceasta se asociază corticoterapie în doze moderate, iar în formele grave hidrocortizon hemisuccinat intravenos. Datorită pierderilor plasmatice se indică perfuzii cu plasmă sau substituenți (250—500 ml), iar pentru restabilirea echilibrului hidroelectrolitic soluție salină izotonică (NaCl 9‰). Se administrează vitamine din grupul B (B_1, B_2, B_6, B_{12}), vitamina C 5 ml, 2 fiole zilnic. Local se aplică soluție cristal violet 1%, pomezi epitelizante, în condiții de maximă asepsie.

TRATAMENTUL SIFILISULUI. Legislația noastră sanitară prevede tratamentul obligatoriu și gratuit a bolnavilor cu sifilis. Pentru a-și atinge scopul, tratamentul trebuie aplicat de urgență, cît mai precoce, intens, suficient de prelungit. Principalul agent terapeutic utilizat în toate formele de sifilis a rămas după trei decenii penicilina.

Vom reda schemele de tratament, în raport cu forma clinică, ale Ministerului Sănătății, publicate în buletinul M.S. nr. 4/1979.

Scanned with OKEN Scanner

1. **Tratament abortiv** (epidemiologic) — tratament în dispensarul policlinic sau spital:

a. Prima săptămînă de incubație. Primele 4 zile se administrează cîte 1 200 000 u.i. efitard zilnic într-o singură injecție, iar în ziua a 5-a 1 200 000 moldamin într-o singură injecție.

b. Începînd cu săptămîna a doua de incubație, se aplică tratamentul ca în sifilisul primar seronegativ, adică 5 injecții de cîte 1 200 000 u.i. moldamin la 3 zile interval (cu 2 zile de pauză), total 6 000 000 u.i. moldamin. În caz că moldaminul nu e tolerat, se administrează penicilină G cristalină 400 000 u.i. la 6 ore (4 injecții de 400 000—1 600 000 u.i.) timp de 12 zile, totalizînd 19 200 000 u.i. sau zilnic 1 200 000 u.i. efitard pe aceeași perioadă. În caz că penicilina nu e tolerată nici sub protecția de cortizonice și antihistaminice, cazul va fi urmărit clinic și serologic fără a fi tratat, timp de un an, la intervale de trei luni. Același tip de tratament preventiv se va aplica și în cazurile în care cel în cauză recunoaște un contact sexual cu o persoană bolnavă, dar nu poate preciza data contactului, sau că au fost contacte repetate, fie că data contactului este mai veche, cu condiția ca examenul clinic și serologic să fie negativ.

2. **Sifilismul primar seronegativ** (tratament în spital): după prima zi în care se administrează 200 000 u.i. de penicilină cristalină divizată în 4 doze crescînde de 25 000 u.i.+25 000 u.i+50 000 u.i.+ +100 000 u.i. la intervale de 6 ore, se lasă o zi pentru desfășurarea r. Herxheimer, care se va urmări prin termometrizarea bolnavului la 6 ore. Se vor urmări reacțiile de tip alergic.

Începînd din ziua a 3-a se vor administra la 3 zile interval (2 zile pauză) total 5 injecții, respectiv 6 Mu benzatin penicilină. Durata tratamentului este de 13 zile, după care rămîne o penicilinemie eficientă de o săptămînă totalizînd deci 20 zile, durată egală cu incubația clinică. Bolnavul poate fi eliberat din spital după epidermizarea și rezorbția sifilomului, la aprecierea medicului specialist dacă prezintă suficiente garanții morale de urmarea regulată a tratamentului.

În caz că moldaminul nu este tolerat, se va administra penicilină G cristalină 400 000 u.i pe injecție la 6 ore (zilnic 1 600 000 u.i.) timp de 20 zile sau 1 200 000 efitard pe aceeași perioadă. În caz cînd cu toate măsurile sus amintite, penicilina nu este tolerată, se va administra tetraciclina 1 g/zi sau propionat de eritromicină 1 g/zi, timp de 20 de zile.

În sifilisul primar seronegativ se va face un control serologic la începutul celei de-a două săptămîni de tratament și la sfîrșitul

Scanned with OKEN Scanner

curei, pentru a surprinde un eventual „cîrlig de seropozitivare" care, dacă apare, bolnavul se va trata ca un sifilis I seropozitiv.

Bolnavul va fi menținut în supraveghere clinică și serologică timp de 2 ani, fiind examinat trimestrial în primul an și semestrial în al doilea.

3. **Sifilisul primar seropozitiv** (tratament în spital): după o pregătire prealabilă cu 200 000 u de penicilină (ca în sifilisul I seronegativ) și o pauză de 24 ore, cu urmărirea r. Herxheimer, se începe tratamentul propriu-zis cu cîte 1 200 000 u moldamin la 3 zile (2 zile pauză), total 10 injecții, respectiv 12 000 000 u.i.

Dacă moldaminul nu este tolerat, se trece la tratamentul cu penicilină G cristalină cîte 1 600 000 u.i. pe zi (ca în formele precedente), dar pe o durată de 24 zile (totalizînd 38 400 000 u) sau efitard 1 200 000 zilnic pe aceeași durată. Cînd penicilina nu este tolerată, cu toate măsurile încercate, bolnavul va fi tratat cu tetraciclină sau propionat de eritromicină 1 g/zi timp de 30 zile. Supravegherea clinică și serologică a bolnavului va fi de 2 ani: prima examinare va avea loc la 90 zile de la începerea tratamentului, următoarele controale vor avea loc trimestrial în primul an și semestrial în al doilea an de supraveghere. În caz de persistența serologiei pozitive, se vor relua serii cu cantități identice de penicilină, care vor fi însoțite de probenecid (3—4 tablete/zi) în timpul injecțiilor. Curele de penicilină se vor repeta la nevoie la intervale de 6 luni, în timpul supravegherii clinico-serologice de 2 ani. Bolnavul poate fi eliberat din spital după epidermizarea și rezorbția șancrului, dacă specialistul dermatolog apreciază că prezintă suficiente garanții pentru continuarea corectă a tratamentului.

4. **Sifilisul secundar** (toate formele), sifilisul latent (toate formele) și sifilisul III cutanat, osos, hepatic (prima serie internare în spital). Bolnavii din această categorie vor urma 2 serii de tratament separate printr-o pauză de 2 săptămîni. Tratamentul se începe cu doza inițială de 200 000 u.i. penicilină G cristalină divizate, pentru depistarea r. Herxheimer și a eventualei stări de sensibilizare specifică. După 24 ore pauză se începe tratamentul propriu-zis de 36 Mu. de moldamin, care se va administra în același ritm ca în formele precedente, dar care va fi împărțit în 2 etape de cîte 18 Mu. (respectiv 15 injecții de 1,2 Mu moldamin la 3 zile), separate între ele de o pauză de 2 săptămîni. Bolnavii pot fi eliberați din spital după epidermizarea și rezorbția leziunilor, după aprecierea medicului dermatovenerolog, dacă prezintă o garanție morală de continuarea tratamentului. În caz de netoleranță la moldamin, bolnavul va urma timp de 40 zile cîte 1 600 000 penicilină G cristalină

Scanned with OKEN Scanner

pe zi (4×400 000 u.i.). În caz de netoleranță la penicilină, cu toate încercările făcute, se va trece la un tratament cu tetraciclină sau propionat de eritromicină cîte 1 g/zi timp de 30 zile, trei serii cu o pauză între ele de 20 zile.

După terminarea tratamentului, reacțiile serologice se controlează timp de 3 ani, în primul an trimestrial (primul control la 90 zile de la începerea tratamentului), în al doilea și al treilea semestrial. În caz de persistența serologiei pozitive, se vor relua la intervale de 6 luni 12 Mu moldamin sau 32 Mu penicilină cristalină (20 zile cîte 1,6 Mu), asociată cu probenicid (3×1 tablete/zi). În caz de netoleranță la penicilină, se vor repeta curele de tetraciclină sau eritromicină.

5. **Sifilisul visceral cardiovascular și renal** (prima serie internare în spital). În primele 30 de zile, pentru prevenirea reacției Herxheimer viscerale și a paradoxului terapeutic Wile, tratamentul se va începe cu penicilină V tablete și anume: 1/2 tablete pe zi în prima săptămînă și 3 tablete/zi în a patra săptămînă. Tratamentul de fond va fi început în luna a doua, cu dozele prevăzute pentru sifilisul III cutanat sau osos, respectiv de 36 Mu moldamin sau dozele echivalente de penicilină G cristalină. Alături de penicilină, la indicația cardiologiilor sau nefrologilor, se poate administra și corticoterapie. Control zilnic (cardio-aortic și renal) și serologic timp de 3 ani, la intervale de 6 luni.

6. **Sifilisul nervos** (internare în spital). Tratamentul se începe cu doze mici de 100 000 u.i. penicilină G pe zi divizate în 4×25 000 u la 6 ore. Această doză se menține timp de 3 zile, apoi se dublează la 200 000 u.i. divizate în 4×50 000 u. timp de 3 zile, apoi se dublează la 400 000 u.i. (4×100 000 u) timp de 3 zile. În ziua a 10-a se începe tratamentul cu 1 600 000 u.i. penicilină G cristalină pe zi (4×400 000 u) care se menține timp de 20 de zile. După acest tratament se continuă cu 1,2 Mu moldamin la intervale de 2 zile, total 10 injecții. Dacă moldaminul nu este tolerat, se continuă penicilina G cristalină în aceeași doză încă 20 de zile. Urmărirea clinică, serologică și a LCR se va face în colaborare cu medicul neurolog care va stabili, de la caz la caz, necesitatea reluării tratamentului. În caz de persistență, se va asocia în curele următoare probenicid și/sau cortizonice.

7. **Sifilisul gravidelor** (tratament ambulator sau în spital). Gravidele vor fi tratate în vederea evitării r. Herxheimer uterine (urmate de un posibil avort), cu doze crescînde de tablete de penicilină V și anume: în prima zi 1/2 tablete, în ziua a 2-a o tabletă, în ziua a 3-a 2 tablete. Din ziua a 5-a se începe tratamentul cu moldamin

Scanned with OKEN Scanner

în doză totală de 12 Mu, urmată de o pauză de 2 luni, după care se reia cura a doua pe aceeași cantitate. Cea de-a doua cură nu va fi precedată de tablete de penicilină V. În caz de netoleranță la moldamin, se va încerca penicilină G cristalină (4×400 000 u. pe zi la 6 ore) timp de 20 zile. În caz că nici acest preparat nu este tolerat, se trece la propionat de eritromicină în doză de 1 g pe zi, timp de 20 zile, apoi pauză de 2 luni și reluare. Tetraciclina va fi evitată. Reamintim că sifilisul gravidelor este motiv de întreruperea legală a sarcinei. Dacă gravida dorește copil, tratamentul va fi început cît mai devreme posibil (luna a II-a — a IV-a), astfel ca să se poată efectua și cura a doua în luna a VII-a — a IX-a de sarcină. În caz că gravida a fost depistată cu întîrziere, se va administra tratamentul pînă la naștere. Tratamentul în continuare și controlul clinicoserologic conform cu forma bolii.

8. **Tratamentul sifilisului la copii.** În această categorie intră sifilisul congenital precoce și tardiv, cu semne de certitudine sau de probabilitate. Se iau în tratament și copiii născuți de mame care au suferit de sifilis, caz în care se aplică un tratament profilactic (o singură cură). În stabilirea diagnosticului de sifilis congenital ne vom servi atît de simptomele clinice, cît și de cele serologice, inclusiv serologia sîngelui din cordonul ombilical. Tratamentul este în raport cu vîrsta și greutatea copilului:

a. Tratamentul sugarilor: se începe cu doze foarte mici de penicilină, pentru a se putea evita r. Herxheimer care la sugari poate fi fatală. Se administrează penicilină G cristalină la 12 ore.

La începerea primei serii de tratament la toți nou-născuții și sugarii, în prima zi se va administra 2×10 u.i., în ziua a 2-a de 2×100 u.i., în ziua a 3-a de 2×1 000 u.i., în ziua a 4-a de 2×10 000 u.i., în ziua a 5-a de 2×100 000 u.i.

La nou-născutul și sugarul sub 4 kg se menține doza de 2×100 000 u.i. zilnic, care se administrează timp de 20 zile. Reluarea tratamentului după 2 săptămîni pauză. Total 3 cure.

La sugarii în greutate de 4—9 kg se începe cu aceeași doză fracționată, dar din ziua a 5-a se continuă cu 2×200 000 u.i. care se menține timp de 20 de zile. Reluarea tratamentului după 2 săptămîni pauză. Total 3 cure.

La sugarii peste 9 kg, se începe prima cură tot cu dozele treptate sus-amintite, apoi din ziua a 5-a se continuă cu doza zilnică de 2×400 000 u.i. timp de 20 de zile. La reluarea ulterioară de tratament, după o pauză de 2 săptămîni doza inițială nu va mai fi fragmentată, întrucît pericolul r. Herxheimer a dispărut. Se vor face 3 cure.

Scanned with OKEN Scanner

La copiii între 2—7 ani, după pregătirea inițială din primele 4 zile cu fragmentarea identică — ca la sugari, se trece la tratamentul cu moldamin 600 000 u.i. pe zi (cîte 1/2 flacon în fese separate) o dată pe săptămînă, total 6 flacoane, respectiv 3,6 Mu moldamin. În caz de netoleranță la moldamin, se va administra efitard un flacon pe zi timp de 20 zile. Se va repeta a 2-a serie după o pauză de 2 săptămîni.

Copiii de 7—12 ani, după pregătirea inițială identică cu cea de la adulți, vor primi 12 injecții de 0,6 Mu moldamin (cîte un flacon de 600 000 u.i.) în interval de 3 zile. În caz de netoleranță la moldamin, vor primi efitard în doză de 800 000 u.i. zilnic timp de 20 de zile. După 2 săptămîni de pauză se va repeta o serie identică.

Peste 12 ani tratamentul va fi identic cu al adultului.

Controlul clinico-serologic va fi menținut timp de 4 ani, în primul an trimestrial, în anii următori semestrial. În caz că nu se obține negativarea serologică, se vor repeta curele cu pauze de 3 luni (90 de zile).

Se recomandă ca în toate cazurile de sifilis cîștigat sau congenital tardiv, care nu au prezentat r. Herxheimer sau care au rămas cu serologia pozitivă să se determine penicilinemia și în caz că este sub limita de 0,12 u.i./ml să se corecteze cu probenicid.

Se consideră sifilis serorezistent cazul care după 2 ani de tratament rămîne cu o serologie pozitivă. În aceste cazuri se recomandă după posibilități executarea unor teste specifice (reacții cu antigeni Palida sau FTA sau TIT) și aprecierea diagnosticului după un examen clinic general. Tratamentul în aceste cazuri va fi individualizat și va tinde fie spre creșterea penicilinemiei (doze de 10 Mu. penicilină cristalină pe zi timp de 10 zile sau asocierea cu probenicid), fie administrarea simultană de probenicid și cortizonice în vederea permeabilității focarelor neaccesibile unei terapii simple cu penicilină. Corticoterapia în doze moderate (20—30 mg prednison sau doze echivalente din alte preparate) produce în aceste cazuri și scăderea anticorpogenezei dacă se prelungește timp de 20—30 zile.

FIMOZA ȘI PARAFIMOZA. Fimoza și parafimoza solicită de foarte multe ori medicului practician intervenție de urgență.

Fimoza înseamnă imposibilitatea de a decalota glandul, reprezentată de un edem al prepuțului însoțit de fenomene inflamatorii și secreții la nivelul orificiului prepuțial. Apare ca o complicație în sifilis, blenoragie, balanite, vegetații veneriene. Uneori fimoza este congenitală și se accentuează cu timpul obligînd bolnavul la consultarea specialistului. Tratamentul trebuie să fie adresat etio-

Scanned with OKEN Scanner

logiei fimozei şi urmăreşte restabilirea funcţională a prepuţului; ca tratament local se recomandă spălături slabe antiseptice, pansamente cu antibiotice (tetraciclină 3%, cloramfenicol 5%), manevre nesîngerînde şi la nevoie circumcizie.

Parafimoza este imposibilitatea ca glandul decalotat să fie reacoperit de prepuţ din cauza inflamaţiei de la nivelul glandului şi prepuţului; dacă nu se intervine la timp se poate produce necroza prepuţului. Parafimoza apare drept complicaţie a unei infecţii sifilitice, blenoragice, a herpesului, vegetaţiilor veneriene, şancrului moale. Ca tratament se recomandă comprese cu soluţie rivanol 1‰, oxycort spray pulverizaţii de 3 ori pe zi, repaus la pat, tranchilizante, se practică repoziţia manuală nesîngerîndă, iar dacă aceasta nu este posibilă cu un ac steril sau cu o lanţetă prin înţepare se încearcă drenarea edemului. Această manevră se execută după aplicarea unei comprese cu xilină 1% sau sub anestezie efectuată la rădăcina penisului cu xilină 1%, după care prepuţul poate fi împins anterior. Această metodă dă de cele mai multe ori rezultate, nemaifiind necesară incizia dorsală; alteori însă este necesară circumcizia.

Scanned with OKEN Scanner

NOȚIUNI DE SEMIOLOGIE ȘI HISTOFIZIOPATOLOGIE DERMATOLOGICĂ

Vom reda în cele ce urmează cîteva din elementele mai importante de semiologie și histofiziopatologie cutanată și anume:

LEZIUNILE ELEMENTARE, care se clasifică din punct de vedere morfofiziopatologic în 6 grupe.

I. **Leziuni prin modificări de coloraţie**, cuprind petele sau maculele care nu fac relief. Ele se împart în:

1. Pete discromice, modificări ale culorii normale a pielii, nu dispar la vitropresiune, nu sînt inflamatorii și pot fi:

a. Pete hipercromice, brune sau negre; pot fi congenitale (nevi pigmentari), dobîndite primitiv și circumscrise (efelide), difuze (cloasma) sau secundare (pigmentaţiile din lichen ruber plan, sifilis, pemfigus vulgar).

b. Pete acromice, de culoare albă, se datoresc diminuării sau absenţei melanocitelor în stratul bazal epidermic sau unui deficit de transport al granulelor de melanină între melanocitele și keratinocitele stratului Malpighi. Ele pot fi congenitale (albinism, nevi acromici) sau dobîndite primitive (vitiligo), sau dobîndite secundar (pitiriazis versicolor acromiant, leucomelanodermie sifilitică, eczematide acromiante sau pitiriazis alb, lepră acromică, parapsoriazis în picătură acromic).

2. Pete vasculo-sangvine produse de alterarea vaselor sau de extravazarea sîngelui, se împart în:

a. Pete vasculare au culoare roșie-violacee, dispar la digitopresiune, nu sînt inflamatorii; sînt congenitale (angioame) sau dobîndite (telangiectazii — dilataţii ale capilarelor, venulelor și arteriolelor). Telangiectaziile se întîlnesc în lupus eritematos, rozacee și uneori în sclerodermia de sistem.

b. Petele purpurice nu dispar la vitropresiune, nu sînt inflamatorii și se datoresc extravazării sangvine și alteraţiei în grade

Scanned with OKEN Scanner

variabile ale pereților vaselor capilare. Inițial au culoare roșie apoi își schimbă culoarea, datorită modificărilor hemoglobinei, în violaceu, brun, verzui și gălbui. Deosebim în ordinea mărimii lor petesii, echimoze și sufuziuni; vibicele sînt pete purpurice liniare.

c. Petele eritematoase au caracter inflamator, cu temperatură locală crescută, dispar la vitropresiune și se numesc eriteme cînd sînt localizate și exanteme cînd sînt diseminate. Se descriu:

— eritem morbiliform cu pete mici, roșii ca în rozeola sifilitică și rugeolă;

— eritem scarlatiniform cu pete mai mari (eritem scarlatiniform și scarlatină);

— eritem areolar sau halou inflamator cînd însoțește o pustulă sau bulă ca în foliculite și impetigo streptococic;

— eritrodermie în care eritemul cuprinde întreaga suprafață tegumentară.

În afara leziunilor descrise, se mai cunosc pigmentații artificiale, ca argiria după abuzul de picături nazale sau de pilule pe bază de săruri de argint, sub formă de argirie localizată pe mucoasa pituitară sau generalizată, formă obișnuită de argirie post medicamentoasă. Tatuajele profesionale (la mineri, metalurgiști), accidentale și decorative pot fi întîlnite în practică. Petele albăstrui din ftiriaza pubiană atribuite altădată salivei parazitului sînt atribuite pigmenților sangvini alterați.

II. **Leziunile elementare solide** sînt proeminente, rezolutive sau cu evoluție spre necrobioză și formarea de cicatrice.

1. Papula este o ridicătură, fermă, rezolutivă, interesează epiderma și stratul papilar dermic. Se prezintă sub următoarele forme:

— papula edematoasă sau placa urticată, are culoare roză sau albă, este asemănătoare cu urzicătura; este elastică, evoluție fugace și se întîlnește în urticarie;

— papula epidermică este ușor reliefată, adesea plană, gri sau gălbuie și se întîlnește în verucile plane și epidermodisplazia veruciformă Lewandowsky-Lutz;

— papula dermică este constituită dintr-un infiltrat dermic și circumscris de celule inflamatorii de diverse tipuri ca în sifilis;

— papula dermo-epidermică sau mixtă are pe lîngă infiltrat dermic îngroșări ale straturilor epidermei ca în lichen plan;

— papula dismetabolică este reprezentată de prezența în dermă de substanțe amorfe de constituție chimică precizată sau nu. Exemple: amiloidoză cutanată, mucinoză papuloasă, xantoame, concrețiuni calcare sînt cîteva dermatoze zise de acumulare;

— papula foliculară, este o papulă mică, conică, acuminată, centrată sau nu de fir de păr sau de o mică scuamo-crustă. Vîrful lor reprezentat de ridicături cornoase filiforme, de mai mulți milimetrii dau o senzație de răzătoare. Se întîlnesc în sifilide foliculare, lichen scrofulosorum, lichen plan folicular, pitiriazis rubra pilar;

— papula miliară de origine sudoripară, sînt mici papule care se întîlnesc în maladia Fox-Fordyce și granulozis rubra nasi.

2. Tuberculul este o formațiune cel mai adesea reliefată, circumscrisă, cu debut în corion cu evoluție lentă și destructivă, producînd cicatrice ca urmare a ulcerării sau prin proces de scleroză interstițială. Tuberculul se găsește în trei afecțiuni mai importante în tuberculoza cutanată (lupus TBC), sifilis terțiar (sifilide tuberculoase) și lepră (lepra tuberculoidă). În unele afecțiuni tuberculii persistă nedefinit sau dispar după o lungă evoluție, fără să ulcereze: maladia Schaumann, granulom anular, erithema elevatum diutinum. Tuberculul din lupus TBC, se numește tubercul lupic sau lupom, este de culoare roșie-violacee sau roșie-gălbuie, de mărime mică, de consistență moale, are evoluție lungă și poate apare în cicatrice (tubercul de recidivă); tuberculul din sifilis are culoare roșie-brună, arămie, este de mărime mai mare, consistență dură, are evoluție scurtă; tuberculul din lepră are culoare brună-cenușie, este de mărime mai mare, consistență dură, are evoluție lungă și se însoțește de tulburări senzitive (disociație termo-analgezică).

3. Goma este o nodozitate circumscrisă, localizată în hipoderm, fermă, nedureroasă și neaderantă la planurile sub sau supraiacente. Are evoluție subacută și patru perioade evolutive: cruditate, ramoliție, ulcerație și reparație (cicatrizare). Goma crește progresiv, devine păstoasă apoi fluctuentă, aderă la piele care devine eritematoasă; în această fază apare uneori durere. Tegumentul perforează și se constituie astfel ulcerația. Gomele se găsesc în sifilis, tuberculoză și micozele profunde. Goma sifilitică este de obicei unică și se localizează în ordinea frecvenței pe membrele inferioare (în deosebi 1/3 antero-superioară a tibiei), superioare și oasele capului. Gomele tuberculoase sînt adesea grupate cîte 3—4 și le întîlnim în zonele ganglionare (gît, axile, inghinal), osteo-articulare (trunchi și membre) (mai ales gambe) însoțite de adenopatii. Gomele din actinomicoză se localizează electiv în regiunea cervico-facială (îndeosebi în regiunea gonionului). Goma sifilitică face o ulcerație rotundă, cu margini tăiate drept, fundul neted și curat sau slăninos, iar cicatricea este netedă, depigmentată cu hiperpigmentare periferică; goma tuberculoasă realizează o ulcerație

neregulată, cu margini moi și decolate, fundul murdar, anfractuos cu numeroase sfaceluri, iar cicatricea este vicioasă, retractilă, cu bride, care limitează mișcările producînd impotență funcțională. În actinomicoză găsim, pe un placard dermohipodermic, fistule multiple, anfractuoase, din care iese puroi simplu sau amestecat cu sînge, fetid, conținînd grăunți galbeni, opaci, moi. În forme anormale se întîlnesc ulcerații, leziuni ulcerovegetante, pseudoepiteliomatoase etc. Se mai întîlnesc gome în sporotrichoză, micetoame.

4. Nodulul și nodozitatea sînt formațiuni circumscrise ale hipodermului cu evoluție rezolutivă sau spre necroză, ulcerație și formare de cicatrice. Nodulul este formațiunea mai mică pînă la mărimea unui bob de fasole, iar nodozitatea depășește volumul acesteia. Întîlnim noduli cu evoluție acută și rapid rezolutivi în eritemul nodos, subacut și recidivant în eritemul indurat Bazin, vascularită nodulară, paniculita nodulară și febrilă Weber-Christian.

5. Lichenificarea este rezultatul gratajului provocat de prurit și se manifestă prin îngroșarea și uscarea pielii, cu exagerarea pliurilor cutanate și apariția unor papule lichenoide. Tegumentul devine roz-gri, pliurile exagerate desenează un cadrilaj neregulat cu suprafața uneori scuamoasă sau excoriată. Se întîlnește în eczemă, neurodermită, prurigouri.

6. Vegetația rezultă dintr-o hiperplazie malpighiană cu hiperacantoză, mai rar a corpului papilar și este o excrescență moale, filiformă sau globuloasă, cu aspect de creastă de cocoș sau de conopidă întîlnîndu-se în vegetațiile veneriene. Secundar poate apare în procese inflamatorii cronice (piodermita vegetantă, tuberculoza vegetantă). Asocierea vegetației cu o keratoză a epidermei, cu aspect cornos, hiperkeratozic constituie verucozitatea (tuberculoza verucoasă). Papilomul este o vegetație globuloasă.

7. Tumora este o formațiune circumscrisă, neinflamatorie a pielii care are tendința să persiste sau să crească. Tumorile sînt benigne și maligne după clasificare clinică, iar histologic sînt epiteliale, mezenchimatoase și ale sistemului pigmentar.

III. **Leziuni elementare cu conținut lichid**

1. Vezicula este o mică ridicătură epidermică, de mărimea unei gămălii de ac, plină cu o serozitate transparentă sau ușor gălbuie. Veziculele pot fi interstițiale (eczemă, tricofiție, sudamină), cu localizare în stratul malpighian, unde filamentele de unire ale celulelor se rup din cauza tensiunii exoserotice mari; parenchimatoase sau prin alterarea cavitară în urma localizării virusului intracelular (varicelă, vaccină, variolă); vezicule prin alterarea baloni-

zantă sau mixte, (herpes și zona zoster), în care găsim celule malpighiene modificate — globuloase și degenerate —, care plutesc izolat în cavitatea veziculei.

2. Bula sau flictena, este mai mare decît vezicula, apare prin clivaj, epidermic sau dermo-epidermic, în raport cu cantitatea și tensiunea lichidului exoserotic. Bulele pot fi superficiale sau subcornoase (impetigo, streptococic, arsură gradul II, erizipel bulos); mijlocii (bule intramalpighiene) în urma procesului de acantoliza (pemfigus vulgar, pemfigus familial Hailey-Hailey); profunde, subepidermice, (maladia Duhring Brocq, eritem polimorf bulos, porfiria cutanată). Bulele se mai pot împărți în bombate și flasce (pemfigus foliaceu).

3. Pustula este o ridicătură cu conținut purulent. Poate fi primitivă în foliculite și secundară în afecțiuni veziculoase sau buloase infectate (eczemă, Duhring Brocq, pemfigus); poate fi foliculară (foliculite) sau nefoliculară (impetigo herpetiform, pustuloza variceliformă); pustulele se mai împart în superficiale (foliculite superficiale) și profunde (sicozis stafilococic, urcior).

IV. **Leziuni elementare prin soluții de continuitate**

1. Excoriația este o pierdere de substanță superficială, epidermică, de natură traumatică (de exemplu, gratajul în afecțiuni pruriginoase: eczemă, prurigo, scabie, pediculoză). Se vindecă fără să lase urme.

2. Eroziunea sau exulcerația este o soluție de continuitate epidermică de natură patologică, care se vindecă fără cicatrice. O putem întîlni în eczemă, impetigo streptococic, foliculite după transformarea veziculelor, bulelor și respectiv pustulelor în eroziuni.

3. Ulcerația este o soluție de continuitate mai profundă, care interesează și derma, de natură patologică, cu producere de cicatrice. La o ulcerație trebuie să descriem localizarea, forma, suprafața, profunzimea, marginile, fundul, precum și caracterele bazei ulcerației (indurată sau nu). Ulcerul venos cronic de gambă, ulcer tuberculos, șancrul sifilitic ulceros, sifilide secundare ulceroase, epitelioame spinocelulare ulcero-vegetante, epiteliom bazocelular ulceros, sînt cîteva exemplificări.

4. Fisura sau ragada este o soluție de continuitate liniară, localizată mai frecvent în jurul orificiilor naturale sau în plici. Poate fi superficială în perleșul streptococic, perleșul candidozic și profundă în sifilisul, secundar, cînd fisura împarte în două zone sifilidele peribucale, comisurale sau luxuriante.

Scanned with OKEN Scanner

V. Deşeurile cutanate

1. Scuama se caracterizează prin depozit cornos limitat sau difuz pe suprafaţa pielii, care se poate desprinde realizînd mai multe feluri :

— scuama pitiriaziformă, furfuracee sau tărîţoasă, cu scuame mici (pitiriazis simplu — mătreaţa, pitiriazis versicolor, eczematide pitiriaziforme ;

— scuama psoriaziformă, lameloasă sau lamelară de dimensiuni mai mari, ca în psoriazis, ichtioză, eczematide psoriaziforme, dermită eczematiformă microbiană.

2. Crusta este o concreţiune, o uscare a secreţiilor fiziologice (crusta de lapte) sau patologice de la suprafaţa pielii. Dimensiunea, forma, culoarea, grosimea, consistenţa sînt elementele care se descriu la o crustă. Crusta galben-brună, melicerică este caracteristică pentru leziunile de impetigo streptococic sau leziuni impetiginate, crusta roşie-brună în leziunile cu participare hematică. O varietate particulară este rupia, o crustă formată din straturi concentrice, suprapuse cu aspect de cochilie de melc, numită şi crustă ostreacee ; rupia se întîlneşte în sifilis malign precoce, psoriazis pustulos şi scabia norvegiană.

3. Escara sau sfacelul rezultă din necroza circumscrisă a pielii, are culoare negricioasă, prin eliminare realizează ulceraţii, care duc prin vindecare la cicatrice. Se întîlneşte în acnee necrotică, tuberculide papulo-necrotice, vascularite alergice necrotice, furuncul, gangrene, diabetică sau prin arterită obliterantă.

VI. **Sechele cutanate** sînt de obicei secundare celorlalte leziuni elementare, rar fiind primitive.

1. Cicatricea este un ţesut de neoformaţie, care tinde să înlocuiască pierderile de substanţă, fără a reproduce structura iniţială a ţesuturilor (cicatricea propriu-zisă). Alteori cicatricea apare în urma unui proces de scleroză interstiţială, fără ulceraţii anterioare, ca în lupus eritematos, lupus tuberculos plan, sifilide tuberculoase uscate. Cicatricea constituie de multe ori un element important de diagnostic retrospectiv. Poate fi netedă, depigmentată şi hiperpigmentată la periferie în sifilis ; vicioasă, retractilă, fibroasă, tunelată, în tuberculoză ; cheloidiană, adică dură, fibroasă, roşie, reliefată şi dureroasă în arsuri.

2. Atrofia este o alterare a pielii, care se subţiază, ia o coloraţie ceroasă sau albă, îşi pierde din elasticitate, revenind lent la poziţia iniţială (atrofia senilă) ; atrofia marcată permite o vizibilitate neobişnuită a reţelei vasculare (acrodermatită cronică atro-

Scanned with OKEN Scanner

fiantă Pick-Herxheimer), alteori realizează un inel depresibil (anetodermie).

În afara acestor șase grupe de leziuni elementare, unii autori mai fac o grupă specială cu șanțul acarian din scabie, comedonul ce ia naștere din solidificarea sebumului cunoscut și sub numele de punctele negre de pe față, fistula reprezentată de un conduct ce face legătura între o leziune profundă și tegument.

În continuare vom reda cîteva noțiuni de histofiziopatologia cutanată întîlnite în expunerile anterioare:

— acantoza înseamnă îngroșarea stratului malpighian provocată de iritații ale celulelor malpighiene, ale stratului bazal sau corpului papilar. Acantoza poate fi limitată (veruca plană, lichen ruber plan) sau difuză (neurodermită);

— hiperkeratoza este realizată de îngroșarea stratului cornos, cu prezența de celule cornoase anucleate. Și ea poate fi circumscrisă (clavus sau bătătură) și difuză (ichtioză, keratodermii palmoplantare);

— parakeratoza este o keratinizare anormală, cu prezența de celule nucleate în stratul cornos, incomplet keratinizate și fără aderențe între ele, determinînd formarea de scuame. Parakeratoza survine în urma unei activități excesive a celulelor malpighiene, dispariției stratului granulos și existenței unei keratine imperfecte în celulele din stratul cornos. Parakeratoza poate fi uscată în psoriazis, umedă în eczemă și grasă în pitiriazis seboreic.

Scanned with OKEN Scanner

NOȚIUNI DE TERAPIE EXTERNĂ DERMATOLOGICĂ

În acest capitol ne vom limita la medicația externă chimică și vom descrie excipienții folosiți mai des, formele de prescripție și o clasificare a medicației după acțiunea substanțelor chimice.

Excipienții sînt de mai multe feluri :

— lichizi, în care notăm apa fiartă și răcită, apa distilată, alcoolul și uleiul ;

— pulverulenți, din care mai folosiți sînt cei minerali — talcul și oxidul de zinc — și vegetali (amidonul) ;

— grași, împărțiți în excipienți grași de origine animală : lanolina, care poate încorpora un volum de 3—4 ori mai mare decît volumul ei ; axungia (untura de porc de pe epiplon), untura de pește (oleum jecoris), spermacetul ; excepienți grași de origine vegetală : uleiul de in (oleum lini), de ricin (oleum ricini), de măsline (oleum olivarum), de floarea soarelui (oleum helianti), untul de cacao (butir cacao) ; de origine minerală sînt vaselina, eucerina, oleum de parafină sau oleum de vaselină.

În ultimul timp se utilizează o serie de produși sintetici cu mare putere de dispersie și o bună toleranță din partea pielii, ca : siliconi, carbovaxuri și tween.

Formele de prescripție

Pudra este un amestec de excepienți pulverulenți ; are o acțiune descongestionantă și calmantă. Se aplică cu ajutorul unei cutii cu capacul găurit sau al unui tampon de vată. Nu se recomandă pe leziuni zemuinde și aplicată mult timp pudra duce la uscarea tegumentului. Exemplu de pudră este *Rp.* talc, oxid de zinc în părți egale. În pudră se pot încorpora diferite substanțe chimice active.

Scanned with OKEN Scanner

Pudra apoasă sau mixtura agitantă are ca reprezentantă pasta cu apă Darier cu formula:

Rp. Talc
Oxid de zinc
Glicerină
aa 20 g
Apă distilată
aa 30 g

Pasta cu apă (mixtura agitantă) trebuie bine agitată înainte de a o folosi; are aceeași acțiune ca și pudra. Se recomandă în eczeme, dermite de contact, dermită eczematiformă, eczematide, prurigouri, pruriturl.

Pomada este un amestec de excepienți grași (lanolina și vaselină în părți egale). Pomada permite pătrunderea substanțelor active în profunzime. Se aplică cu ajutorul unei spatule pe leziuni nezemuinde și se lasă 24 de ore, după care se poate îndepărta cu un tampon înmuiat în ulei helianti. În pomadă se pot încorpora diferite substanțe chimice active, ca de exemplu: pomada cu tetraciclină 3%, cu cloramfenicol 5%, cu neomicină 5% etc.

Crema este un amestec de grăsimi, îndeosebi lanolină cu apă sau soluții apoase ale unor substanțe active; are o acțiune mai superficială, este calmantă, răcoritoare. Exemplu: crema răcoritoare (kühlsalbe):

Rp. Sol. acid boric 1%
Lanolină
Vaselină
aa 10 g
20 g

DS. Extern: se utilizează în piele uscată (xerotică)

Pasta este un amestec de excipienți grași cu pudre; se aplică cu ajutorul unei spatule și după 24 de ore se poate șterge cu un tampon de vată înmuiat în oleum helianti. Are acțiune decongestionată și calmantă. Exemplu: pasta zincată

Rp. Talc
Oxid de zinc
Lanolină
Vaselină
Pastă zincată
aa 25 g

Rp. Talc
Oxid de zinc
Lanolină
Vaselină
Pastă grasă
aa 20 g
aa 30 g

Colodiu formează o peliculă la suprafaţa pielii; în el se pot încorpora substanţe chimice active, ca în următoarele formule:

Rp. Ac. salicilic
Ac. acetic glacial
aa 5 g
Ac. lactic
Colodiu
Acetonă 3 g
D.S. Extern: în clavus (bătătură), veruci vulgare şi veruci plantare.

Rp. Cignolină 10 g
Colodiu 90 g
D.S. Extern în psoriazis gutat (în picătură) şi chiar în psoriazis numular sau în plăci cînd leziunile nu sînt numeroase.

Glicerolatul de amidon are acţiune calmantă, folosindu-se în eritrodermii, dermite cu suprafaţă mare.

Uleiurile se utilizează pentru îndepărtarea scuamo-crustelor, a pomezilor şi pastelor; în amestec cu oxidul de zinc formează linimentul oleum zincat, iar cu apa de calciu liniment oleum calcar.

Pg. Acid salicilic 2 g
Oleum helianti 100 g
D.S. Extern: pe cap la copiii cu dermatită seboreică.

Rp. **Oleum lini**
aa 50 g
Oxid de zinc
D.S. Extern: în eritrodermii şi arsuri.

Rp. Apă de calciu
aa 50 g
Oleum lini
D.S. Extern: în arsuri.

Loţiunea este un amestec de excepienţi lichizi cu substanţe active:

Rp. Acid salicilic
aa 3 g
Rezorcină
Acid boric 10 g
Alcool 70° 300 ml
D.S. Extern: în pitiriazis şi pitiriazis steatoid al capului.

Mai sînt utilizate, în măsură mai redusă, şi alte formule de prescripţie, ca cold cream, sprayuri, spumele, ceraţii etc.

Scanned with OKEN Scanner

Clasificarea medicației chimice după acțiune:

1. **Medicația detergentă și calmantă** include folosirea pudrelor mixturilor agitante, glicerolaților, pastelor și a compreselor. Compresele se fac cu soluție de nitrat de argint 1/4 000, acid boric 5‰, rivanol 1‰ — 1/4 000, burow 10‰, acid tanic 5‰, rezorcină 2%, hidrocortizon 250 mg‰ în ser fiziologic, în 3 ședințe a 30 minute, schimbîndu-se la interval de 10 minute. Se utilizează 2—3 straturi de tifon, care se înmoaie într-una din soluțiile expuse mai sus, recomandîndu-se bolnavilor să nu le țină mai mult timp deoarece astfel se realizează condiții de macerarea tegumentelor și apariția de infecții. Compresele se folosesc în eczemă, dermita eczematiformă, erizipel, rozacee.

2. **Medicația antimicrobiană** se realizează prin comprese cu rivanol 1‰, soluție de cristal violet 1%, soluție mercurocrom 1%, soluție Castellani, unguent tetraciclină 3%, unguent cloramfenicol 5%, unguent neomicină 5%.

Rp. Cristal violet 1 g
Alcool 10 ml
Apă distilată 100 ml

D.S. Extern: se folosește pe ulcere venoase, eczeme, dermite eczematiforme, piodermite, pe plăcile postdiatermocoagulare, post crioterapie cu presiune (zăpadă carbonică).

Rp. Tetraciclină 0,6 g
Lanolină
Vaselină
aa 10 g

Rp. Cloramfenicol 1 g
Lanolină
Vaselină
aa 10 g

Rp. Neomicină 1 g
lanolină
tween
aa 10 g

Aceste pomezi cu antibiotice se recomandă pe ulcere venoase, ulcerații de altă natură, piodermite, eczeme și dermite eczematiforme după trecerea fazei de zemuire și reducerea inflamației.

Menționăm că trebuie să evităm prescrierea în aplicații locale de penicilină, streptomicină, sulfamide oricare ar fi forma de prescriere — soluție, pudră sau unguent — deoarece sensibilizează tegumentul.

3. **Medicația antiparazitară** se aplică în dermatoze produse de paraziți micotici și de paraziți animali.

Scanned with OKEN Scanner

Rp. Iod
Acid salicilic
aa 1,5 g
Acid benzoic
Benzoat natriu 2 g
Alcool 70° 100 ml

D.S. Extern: badijonaj o dată sau de două ori pe zi în epidermofiția picioarelor, epidermofiția inghinală, eritrasmă, pitiriazis versicolor, tricofiția pielii glabre, pilomicoze și onichomicoze. Seara se aplică unul din preparatele următoare: triamcinolon S sau locacorten vioform. Se mai pot prescrie în micoze și următoarele formule:

Rp. Acid salicilic 1 g
Acid benzoic 2 g
Vaselină 30 g
Pomada Dubreuilh

Rp. Acid salicilic 2 g
Acid benzoic 4 g
Vaselină 24 g
Pomadă Whitefield

În scabie se folosește preparatul Lindan (izomer gamma al hexaclorciclohexanului) în concentrație de 0,5%—1% în unguent la adulți și copii peste 3 ani. Se unge seara pielea și după 24 sau 48 ore se face baie cu apă caldă și săpun, cu schimbarea rufăriei de pat și de corp. Vindecarea se obține după 2—3 aplicații la interval de 24—48 ore.

Rp. Sulf precipitat
aa 10 g
Carbonat de calciu
Vaselină 100 g

D.S. Extern: se unge în fiecare seară și dimineața face baie, schimbînd rufăria de pat și corp. Repetă trei seri la rînd.

Se mai utilizează *Rp.* Soluție hiposulfit de Na 20% 100 ml și apoi badijonaj cu soluție nr 2 *Rp.* Soluție de acid clorhidric 5%. Acestea se aplică seara, iar dimineața bolnavul face baie, schimbă rufăria pe care o fierbe. Se fac aplicații trei seri la rînd urmate de băi și schimbarea rufăriei de fiecare dată.

La copiii sub 3 ani se poate utiliza benzoatul de benzil.

Rp. Benzoat de benzil 25 g
Vaselină 75 g

D.S. Extern: se aplică în fiecare seară, 3—5 zile, după care se face baie copilului și se schimbă rufăria.

Scanned with OKEN Scanner

4. **Medicația antipruriginoasă** folosește substanțe chimice, ca: mentol, camfor, acid tartric, anestezină, hidrocortizon în concentrație de 0,5—1%, precum și preparate cortizonice.

Rp. Mentol 0,5 g
Talc
aa 20 g
Oxid de zinc
Glicerină
aa 30 g
Apă distilată

D.S. Extern: în eczemă, dermite eczematiforme, dermite de contact, prurigouri, pruriturii, neurodermită.

Rp. Hidrocortizon 100 mg
Lanolină
aa 10 g
Tween

5. **Medicația reductoare** utilizează ihtiolul, oleum cadini, pix liquida, crisarobina și similarul ei sintetic cignolina.

Rp. Ihtiol 3—5 g
Talc 100 g

D.S. Extern: se aplică seara pe față în rozacee și acnee vulgară.

Rp. Oleum cadini
aa 10 g
Lanolină
Vaselină 80 g

D.S. Extern: se aplică în psoriazis.

Rp. Crisarobină sive cignolină 0,25—2 g
Pastă zincată 100 g

D.S. Extern: în psoriazis vulgar.

Rp. Pix liquida 5 g
Hidrocortizon 250 mg
Lanolină
aa 25 g
Tween

D.S. Extern: se folosește în fazele nezemuinde în eczemă și dermitele eczematiforme; în parapsoriazis, în psoriazis și chiar pe pelicula formată de colodiu cu crisarobină sau cignolină.

Rp. Crisarobină sive
Cignolină 5—10 g
Colodiu 95—90 g

D.S. Extern: în psoriazis peste care se poate aplica și unguentul cu pix liquida și hidrocortizon.

De reținut. Oleum cadini, crisarobina și cignolina pot produce iritații renale; deci se indică examen de urină săptămînal. Oleum cadini provoacă uneori foliculite. Crisarobina și preparatul său

Scanned with OKEN Scanner

sintetic cignolina nu se dă pe păr și pe față deoarece îngălbenește părul și determină conjunctive foarte rebele la tratament. Se folosesc la început în concentrații mici de 0,25, care se cresc treptat la 0,5, 0,75, 1, deoarece poate produce eritrodermii.

6. **Medicația keratolitică** se utilizează la îndepărtarea scuamelor și hiperkeratozelor. În acest sens se folosește vaselina salicilată 2% pentru îndepărtarea scuamelor în psoriazis, la începutul tratamentului; vaselină salicilată 10%, unguent magnezia usta 15—20% în keratodermii.

7. **Medicația decolorantă** se folosește la îndepărtarea petelor pigmentare, aplicațiile făcîndu-se cu atenție, deoarece pot fi iritante pentru anumite tenuri.

Rp. Perhidrol 2 g
Lanolină
Vaselină
aa 10 g

Rp. Pp. alb de Hg 3 g
Bismut subnitric
Acid salicilic
aa 1 g
Lanolină
Vaselină
aa 15 g

D.S. Extern: în cloasmă și efelide.

8. **Medicația epitelizantă (cicatrizantă)** folosește în afara pomezilor cu antibiotice, pe care le-am expus și următoarele formule;

Rp. Nitrat de argint 0,3 g
Balsam de Peru 3 g
Vaselină 30 g

D.S. Extern: în ulcere venoase de gambă, în alte ulcerații.

Pomadă Mikulics

Se mai pot utiliza preparatele: unguent lasonil, unguent neopreol, unguent pergalen, unguent ulcurilen. Epitelizarea este grăbită prin folosirea de pioctanine, anterior aplicării pomezilor, adică de soluție cristal violet 1%, mercurocrom 1% sau soluție Castellani și de pudrajul cu:

Rp. Dermatol
Acid tanic
Oxid de zinc 20 g
aa 10 g

D.S. Extern: se aplică mai ales cînd ulcerația se ridică la nivelul țesuturilor din jur.

Scanned with OKEN Scanner

9. **Medicația fotoprotectoare** utilizează substanțe care au rol de ecran protector față de razele solare.

Rp. Sulfat de chinină sive
Clorhidrat de chinină 4 g
Soluție de acid boric 1%
aa 10 g
Lanolină
Vaselină 20 g

Rp. Antipirină 3 g
Lanolină
Tween
aa 15 g

D.S. Extern: se aplică dimineața înainte de a ieși afară din casă în lupus eritematos, xeroderma pigmentosum, cloasmă, dermatoză pigmentată peribucală, urticarie solară, actino-reticuloză.

10. **Medicația caustică** o folosim pentru distrugerea unor țesuturi patologice. Mugurii de granulație care proemină în ulcerații pot fi distruși cu soluție de nitrat de argint 10—20%; în neurodermită și lupus eritematos cronic cu scuame mai groase facem badijonaje cu acid tricloracetic 33%, iar formațiunile pseudotumorale din kerion Celsi le aplatizăm cu acid carbolic, badijonîndu-le o dată pe zi, cîteva zile.

11. **Medicația revulsivă (rubefiantă)** o prescriem mai ales în peladă, în degerături cronice:

Rp. Acid acetic glacial 3 g
Cloral hidrat 20 g
Alcool 70° 80 ml

D.S. Extern: masaj în peladă, badijonaj pe plăcile alopecice în fiecare seară.

Rp. Ihtiol
aa 1,5 g
Tanin
Camfor
Rezorcină
aa 1 g
Oxid de zinc
Vaselină 25 g

D.S. Extern: în degerături cronice (eritem pernito), masaj zilnic.

Scanned with OKEN Scanner

12. **Medicația împotriva transpirației** folosește următoarele formule :

Rp. Formalin 30 g
Alaun 0,50 g
Urotropină 1 g
Alcool 96° 90 ml

D.S. Extern : badijonaj în hiperhidroza picioarelor, după baie, pe pielea umedă. Soluția diluată în proporție egală cu apă se poate folosi și în plicile axilare, urmată de pudraj cu talc.

Rp. Alaun
Borax
aa 7 g
Bicarbonat de Na
Acid salicilic 0,5 g
Talc 50 g

D.S. Extern : pudraj la picioare.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

Anghelescu, M. *Dermatologie* (ediția a II-a). Lito I.M.T., 1971.

Anghelescu, M., Wohlrapp, E. *Medicația vasculotropă.* Vol. consfătuirii „Probleme actuale de terapie în dermatologie", Rm. Vîlcea, 1975, 58—66.

Antonescu, Șt. *Imunodepresia în dermatologie.* Vol. consfătuirii „Probleme actuale de terapie în dermatologie", Rm. Vîlcea, 1975, 92—103.

Bădănoiu, Al. *Principii biologice și farmacodinamice ale tratamentului local în dermatologie".* Vol. consfătuirii „Probleme actuale ale terapiei în dermatologie", Rm. Vîlcea, 1975, 118—125.

Buțiu, Ov. *Chimioterapia antiinfecțioasă în bolile de piele.* Vol. consfătuirii „Probleme actuale de terapie în dermatologie", Rm. Vîlcea, 1975, 6—12.

Căpușan, I. *Medicația antiinflamatoare steroidică în dermatologie.* Vol. consfătuirii „Probleme actuale de terapie în dermatologie", Rm. Vîlcea, 1975, 43—49.

Câpușan, I., Mureșan, D. *Dermatovenerologie.* Edit. didactică și pedagogică, București, 1965.

Cojocaru, I. *Elemente de dermatomicologie.* Edit. medicală, București, 1979.

Colțoiu, Al. *Dermatoze dispoziționale.* Edit. medicală, București, 1973.

Colțoiu, Al. *Sindroame de urgență în dermatovenerologie.* Edit. medicală, București, 1976.

Conu, A. *Dermatovenerologie.* Edit. didactică și pedagogică, București, 1976.

Costea, Gh. *Investigații morfo-funcționale în sclerodermie.* Teză de doctorat, Cluj, 1970.

Costea, V., Dobrescu, Al. *Vitaminele în dermatologie.* Vol. consfătuirii *Probleme actuale de terapie în dermatologie,* Rm. Vîlcea, 1975, 69—75.

Scanned with OKEN Scanner

Degos, R. *Dermatologie*. Edit. Flammarion, Paris, 1979.

Dimitrescu, Al. *Cancerele pielii*. Edit. medicală, Bucureşti, 1975.

Longhin, S., Antonescu, Şt., Popescu, A. *Dermatologie*. Edit. medicală, Bucureşti, 1971.

Longhin, S., Dimitrescu, Al. *Medicaţia afecţiunilor dermatologice*. Edit. medicală, Bucureşti, 1970.

Longhin, S., Dimitrescu, Al., Wolfshaut, A. *Dermatologia infantilă*. Edit. medicală, Bucureşti, 1979.

Munteanu, M., Dobrescu, Al. *Corticoterapie locală. Acţiune şi rezultate. Indicaţii şi contraindicaţii. Incidente şi precauţii*. Dermatovenerologia, Bucureşti, 1977, 3, 199—205.

Nicolau, Gh. Şt., Bădănoiu Al. *Elemente de dermatologie fiziopatologică*. Edit. Acad. R.S.R., Bucureşti, 1967.

Vulcan, P. *Semne şi simptome cutanate în patologia generală*. Edit. medicală, Bucureşti, 1972.

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS

Cuvînt înainte 5

DERMATOZE PRIN MODIFICĂRI DE CULOARE ... 7
Eritemele 7
— scarlatiniforme 7
— morbiliforme 7
Rozeola sifilitică 7
Megaleritemul epidemic 8
Eritemul brusc al sugarului 8
Eritemele regionale şi circumscrise 9
Intertrigo 9
— streptococic 9
— micotic 9
— levuric 9
Erizipelul 10
Eriteme de cauză mecanică 10
Eritemul fesier al noului-născut 10
Eriteme de cauză fizică 11
Pelagra şi eritemele pelagroide 11
Radiodermitele 12
Degerături (eritem pernio) 12
Eriteme de cauză chimică 13
Dermitele artificiale eritematoase 13
Eritemele de origine vegetală 13
Eritemele de origine parazitară 13
Eriteme de origine infecţioasă 14
Erizipeloidul 14
Lepra maculoasă 14
Eritemele vasomotorii 14
Eritroza facială 14
Rozaceea 14
Maladia Raynaud 15

Scanned with OKEN Scanner

Eritrocianoza supramaleolară a tinerelor fete ... 16
Erytromelalgie (Maladia Weir Mitchell) 16
Sindrom carcinoid 16
Purpurele 17
Discromii 19
Acromii 19
Vitiligo 19
Acromii secundare 20
Pitiriazis versicolor acromiant 20
Pitiriazis alb (eczematide) 20
Leucomelanodermia sifilitică (colierul lui Venus) 20
Parapsoriazis în picătură leucodermic 21
Lepra acromică 21
Acromii prin agenți chimici și fizici 21
Acromii congenitale 21
Albinism 21
Piebaldism (albinism parțial) 21
Hipercromii 22
Hipercromii circumscrise 22
Efelide (pistrui) 22
Pete senile ale mîinilor 22
Plăci eritematopigmentare fixe 22
Hipercromii circumscrise de cauză externă ... 22
Hipercromii regionale 23
Cloasma 23
Melanoza Rielh 23
Dermatoza pigmentată peribucală 23
Hipercromii generalizate 24
Urticaria pigmentară 24
Incontinentia pigmenti 25
Hipercromii nemelanice 25

DERMATOZE ERITEMATOSCUAMOASE 26

Psoriazis 26
Pitiriazis rozat Gibert 29
Eczematide (microbide) 30
Dermita eczematiformă 31
Pitiriazis versicolor 31
Eritrasma 32
Lupus eritematos 32
Parapsoriazis 34

Scanned with OKEN Scanner

Eritrodermii 35
Dermatomiozita 36

DERMATOZE PAPULOASE 38

Veruci plane 38
Epidermodisplazia veruciformă Lewandowsky-Lutz 38
Urticaria 38
Eritem polimorf 41
Ectodermoza erozivă pluriorificială (sindrom Stevens-Johnson sau Rendu Fiessinger) ... 41
Eritem anular centrifug 42
Eritem cronic migrans (Lipschütz) 42
Dermatoză acută febrilă neutrofilică (sindrom Sweet) 42
Sifilide papuloase 42
Lichen plan 43
Lichen striat 44
Acrodermatită Gianotti-Crosti 45
Tuberculide papulonecrotice 45
Tuberculide papuloase miliare 45
Amiloidoza cutanată 45
Mucinoza cutanată 46
Mucinoza papuloasă (scleromixedem, lichen mixedematos) 46
Mixedem pretibial al Basedovienilor 47
Mucinoza foliculară (alopecia mucinoasă Pinkus) 47
Hialinoza cutaneomucoasă 47
Papuloza atrofiantă malignă 48
Sifilide foliculare 48
Tuberculide foliculare (lichen scrofulosorum) 48
Eczematide foliculare 49
Pitiriazis rubra pilar 49
Keratoza pilară 49
Diskeratoza foliculară (Maladia Darier) 49
Granulozis rubra nasi 50
Maladia Fox-Fordyce 50
Larva migrans (miaza tîrîtoare) 50

Scanned with OKEN Scanner

DERMATOZE VEZICULOASE 52

Eczema 52
Eczema sugarului (dermatita atopică a sugarului) 53
Dishidroza 53
Herpes 54
Zona zoster 55
Sudamina 56
Miliaria 56
Epidermofiţia inghinală 56
Tricofiţia pielii glabre (herpes circinat) 56
Epidermofiţia palmoplanatră 56
Acrodermatita continuă Hallopeau 57

DERMATOZE BULOASE 58

Impetigo 58
Maladia Duhring-Brocq 58
Herpes gestationis 59
Pemfigus vulgar 59
Pemfigus cronic benign familial 61
Pemfigoid bulos 62
Porfirii cutanate 62
Epidermoliza buloasă 64
Acrodermatita enteropatică 65
Pemfigoid benign al mucoaselor 66
Pemfigoid epidemic al nou-născuţilor 66
Pemfigoid sifilitic al nou-născuţilor 66

DERMATOZE PUSTULOASE 67

Foliculite acute superficiale 67
Orgeletul sau Urciorul 67
Foliculita narinară 67
Sicozis stafilococic 67
Sicozis tricofitic 68
Furuncul 68
Hidrosadenita 69
Abcese multiple ale sugarilor 69
Acneea polimorfă juvenilă (acneea vulgară) ... 69
Acneea necrotică 70

Scanned with OKEN Scanner

Acneea conglobată 70
Acneea profesională și medicamentoasă 70
Foliculita cronică scleroasă hipertrofică a cefei 71
Pustuloza vacciniformă Kaposi-Juliusberg ... 71

DERMATOZE CU TUBERCULI 72

Lupus tuberculos 72
Sifilide tuberculoase 73
Granulom anular 73
Lepra 74
Maladia Besnier Boeck Schaumann 75
Rinosclerom 77
Eritema elevatum diutinum 77

DERMATOZE CU GOME 78

Gome sifilitice 78
Gome tuberculoase (scrofulodermă, tuberculoză colicvativă) 78
Actinomicoza 79
Sporotricoza 80
Micetom (picior de Madura) 80

DERMATOZE NODULARE DERMOHIPODERMICE 81

Eritem nodos 81
Vasculite nodulare dermohipodermice 82
Paniculită nodulară recidivantă febrilă 83
Periarterita sau poliarterita nodoasă 84
Dermohipodermite subacute în plăci 84
Sarcoide hipodermice Darier-Roussy 85
Oleoame 85
Lipodistrofii insulinice 86

DERMATOZE CU VEGETAȚII 87

Veruci vulgare 87
Veruci plantare 87
Veruci seboreice 87
Keratoze senile 88
Sifilide vegetante 88

Scanned with OKEN Scanner

Piodermita vegetantă 88
Tuberculoza vegetantă 88
Tuberculoza verucoasă 89
Granulom candidozic 89
Acantozis nigricans 89
Keratozis follicularis inversa 90
Blastomicoze 90
Criptococoza (blastomicoză europeană) 90
Iodide și bromide vegetante 91

DERMATOZE KERATOZICE 92

Ichtioza 92
Eritrodermia ichtioziformă (hiperkeratoză ichtioziformă) 92
Keratodermie diseminată circumscrisă 93
Keratodermii palmoplantare 94
Porokeratoză Mibelli 95
Maladia Kyrle 96
Keratoza foliculară serpiginoasă 96
Hiperkeratoza lenticulară perstans (Flegel) ... 97
Acrokeratoza veruciformă Hopf 97
Acrokeratoza paraneoplazică Bazex 97
Keratoelastoidoză marginală a mîinilor 97

SCLERODERMII ȘI DERMATOSCLEROZE 99

Sclerodermia de sistem 99
Sclerodermia edematosă Hardy (Scleredemul Buschke) 100
Scleremul edematos al nou-născutului 100
Sclerodermii circumscrise 100
Dislipoidoză cutanată Oppenheim-Urbach ... 101

DERMATOZE ATROFICE ȘI DISTROFICE 102

Vergeturi 102
Lichen scleroatrofic 102
Atrofodermie Pasini-Pierini 102
Atrofii degenerative 103
Maladia Pick-Herxheimer 103
Poikilodermii 104

Scanned with OKEN Scanner

Anetodermii 104
Atrofii congenitale 105
Diskeratoză congenitală (Zinsser-Cole-Engman) 105
Xeroderma pigmentosum 106
Atrofodermia vermiculată a obrajilor 106
Atrofodermia foliculară 106
Distrofii elastice 107
Pseudoxantom elastic (sindrom Grönblad-Strandberg) 107
Cutis laxa (dermatoliza) 107
Sindrom Ehlers-Danlos (cutis hiperelastica) ... 107
Maladia Marfan (Arachnodactilie) 108
Hemocistinuria 108

DERMATOZE EROZIVE ȘI ULCEROASE 109

Ulcer venos 109
Șancrul sifilitic ulceros 110
Sifilide secundare ulceroase 110
Șancrul tuberculos 110
Ulcerul tuberculos 110
Ulcerație la crom (ochi de porumbel) 111
Radiodermite ulceroase 111
Mal perforant plantar 111
Acropatii ulceromutilante 112
Leismanioză cutanată (Buton de orient) 113
Granulom malign centrofacial (sindrom Wegener) 113
Fagedenism 113

GANGRENE CUTANATE 114

TUMORI CUTANATE BENIGNE 116

Moluscum contagiosum 116
Botriomicom 116
Tumori benigne epiteliale 116
Stări intermediare 120
Tumori benigne mezenchimatoase (conjunctive) 121

DERMATOZE PRECANCEROASE 132

TUMORI CUTANATE MALIGNE 140

Scanned with OKEN Scanner

Epitelioame bazocelulare 140
Epitelioame spinocelulare 141
Sarcoame cutanate 143
Melanom malign 144

HEMATODERMII 147

Leucemii cutanate 147
Reticuloze cutanate maligne 148
Reticuloze granulomatoase 150
Micozis fongoid 150
Limfogranulomatoza malignă cutanată (Hodgkin) 151
Maladia Brill-Symmers (limfom gigantofolicular) 151
Maladia Kaposi (angiosarcomatoză Kaposi) ... 151
Infiltrate de aspect hematodermic (pseudolimfome) 152
Papuloza limfomatoidă 152
Actinoreticuloză (pseudolimfom actinic) 152

PRURIT ŞI PRURIGOURI 154

Prurituri parazitare 155
Scabia 155
Scabia norvegiană 156
Alte scabii 156
Pediculoze 156
Pediculoza capului 156
Pediculoza corpului 157
Pediculoza pubiană (ftiriaza pubiană) 157
Înţepături de insecte 157
Prurigourile 158
Prurigo strofulus 158
Prurigo acut al adultului 158
Prurigo estival (summer prurigo) 158
Prurigo hivernal (Winter prurigo) 159
Prurigo gravidic 159
Prurigo Besnier 159
Prurigo Hebra 159
Prurigo cronic al adultului 160

Scanned with OKEN Scanner

Prurit ano-genital 160
Pruritul pielii capului 160
Prurit senil 160

BOLI ALE MUCOASELOR 161

Boli ale cavității bucale 161
Cheilite (labialite) 161
Perleș (zăbăluță) 162
Sifilide comisurale 162
Macrocheilite 162
Cheilite glandulare 163
Leucokeratoze 163
Glosodinia 164
Glosite 164
Stomatite 165
Afte bucale 166
Localizări bucale ale unor dermatoze 167
Boli ale mucoasei genitale feminine 167
Boli ale mucoasei genitale masculine 170
Sifilisul primar 170
Sifilisul secundar 170
Herpes genital 171
Leziuni eritematoase și scuamoase 171
Leziuni papuloase 172
Balanite 172
Eroziuni traumatice 173
Șancru moale 173
Maladia Nicolas-Favre (limfogranulomatoză inghinală) 173
Epiteliom spinocelular 174
Vegetații veneriene 174
Condilomatoză gigantă (Büschke-Lowenstein) 174
Scleroatrofie balano-prepuțială 174
Sindrom Fiessinger-Leroy (sindrom Reiter) ... 175
Induratie penis plastica 175
Uretritele 175
Uretrita ganococică (ganoreea, blenoragia) ... 175
Uretritele negonococice 176
Prevenirea și combaterea bolilor venerice ... 178
Boli ale mucoasei anale 180
Ambiaza perianală 181

Scanned with OKEN Scanner

Maladia Crohn perianală 181
Granulom gluteal infantil 182

BOLI ALE PĂRULUI 183

Alopeciile 183
Alopeciile difuze 184
Alte alopecii difuze 185
Alopecii congenitale 186
Pilomicoze 187
Alterații ale firelor de păr 189
Dermatoze ale pielii capului 190

BOLI ALE UNGHIILOR 192

Cromonichii 192
Onichodistrofii 193
Perionixis (paronichie) 194
Unghie încarnată 195
Onichomicoze 195

URGENȚE ÎN DERMATOVENEROLOGIE 197

Stafilodermii cutanate 197
Fasciita gangrenoasă 197
Șocul anafilactic 198
Urticaria. Edemul Quincke. 199
Înțepăturile de insectă 199
Sindrom Lyell (dermatita combustiformă) ... 200
Tratamentul sifilisului 200
Fimoza și parafimoza 205

NOȚIUNI DE SEMIOLOGIE ȘI HISTOFIZIOPATOLOGIE DERMATOLOGICĂ 207
NOȚIUNI DE TERAPIE EXTERNĂ DERMATOLOGICĂ 213

Bibliografie 223
Index alfabetic 225

Scanned with OKEN Scanner

Redactor : ION ILIN
Tehnoredactor : IOAN I. IANCU

Bun de tipar : 19. 02. 1981
Apărut 1981
Coli tipar : 15,5

Întreprinderea poligrafică „Banat"
Timișoara, Calea Aradului nr. 1
Comanda nr. 187

Scanned with OKEN Scanner